

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
Campus Baixada Santista  
Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde

PRISCILLA REGINA CORDEIRO

**OFICINAS DE ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM A  
ATENÇÃO BÁSICA: DISPOSITIVOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Santos  
2016

PRISCILLA REGINA CORDEIRO

**OFICINAS DE ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM A  
ATENÇÃO BÁSICA: DISPOSITIVOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Educação Permanente em Saúde

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Liberman.

Santos  
2016

PRISCILLA REGINA CORDEIRO

**OFICINAS DE ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM A  
ATENÇÃO BÁSICA:  
DISPOSITIVOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Liberman (Orientadora)

---

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker (Avaliador)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Fernanda de Silvio Nicácio (Avaliadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange Aparecida Tedesco (Avaliadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima (Suplente)

Santos, 27 de outubro de 2016.

*Dedico a todos os usuários em sofrimento psíquico com os quais convivo e convivi e que, em cada encontro, me afetam, me ensinam e me transformam em uma pessoa melhor.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a toda minha família. Aos meu pais, por todo amor, apoio e compressão nos momentos de ausência (e à minha mãe, especificamente, pelos lanchinhos nas madrugadas de estudo).

Ao meu melhor amigo e noivo Daniel, que me incentiva a oferecer o melhor de mim. Obrigada pela paciência, pelo companheirismo e por ser esta pessoa que me completa diariamente.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Liberman, pela oportunidade de tê-la conhecido. Obrigada pela convivência, pela liberdade de criações e estímulos a criatividade e por toda a aprendizagem, não só referente ao mestrado, mas à vida.

Gratidão à banca examinadora, por ter aceito o convite de vivenciar e compartilhar comigo a construção deste estudo.

Aos meus colegas que formaram esta turma incrível (2014) do Mestrado Profissional, em Santos, compartilhando bons momentos, angústias, dúvidas e conquistas em cada fase do mestrado, sempre em ótimas companhias.

Às agentes comunitárias de saúde que, comigo, compuseram esta pesquisa. Agradeço a imensa disponibilidade, a participação em cada momento, possibilitando a construção coletiva deste estudo.

Aos usuários que gentilmente aceitaram meu convite em participar das oficinas e compartilhar suas experiências e histórias de vida.

A todos os usuários e equipe do CAPS III Alvarenga, que me ensinam todos os dias a ser uma profissional de saúde mental.

Aos meus amigos e também aos colegas de trabalho por me apoiarem nesta trajetória.

Ao amigo e gerente do CAPS Centro, Anderson, por permitir que eu fizesse parte deste mestrado e por todo o companheirismo e aprendizagem.

À Coordenadora de Saúde Mental de São Bernardo do Campo/SP, Stellamaris Pinheiros, por todos os ensinamentos e por nos dar esperanças e forças para continuarmos fortes na Luta Antimanicomial.

*Para navegar contra corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.*

(SILVEIRA *apud* SOARES-FILHO, 2016)

## RESUMO

Esta pesquisa propõe descrever oficinas realizadas pela terapeuta ocupacional de um Centro de Atenção Psicossocial como um método inovador de Educação Permanente em Saúde, tendo como público-alvo agentes comunitários de saúde e considerando a Atenção Básica em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial. Compreendendo que o processo de articulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial permanece como desafio diário em relação ao cuidado em saúde, aos estigmas e aos pré-conceitos sobre o sofrimento psíquico, entende-se a necessidade de se pensar estratégias que intensifiquem a articulação de maneira inclusiva e que garantam o acesso de qualidade a toda essa população. Realizada em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de São Bernardo do Campo/SP, optou-se por uma pesquisa-intervenção na perspectiva de uma abordagem qualitativa. Tendo as oficinas como um instrumento norteador, objetiva possibilitar a intervenção, implementação e análise desta metodologia, além de almejar promover um espaço de trocas, de criação coletiva e transformação da prática no cotidiano de produção em saúde entre os agentes comunitários de saúde, junto à usuários em sofrimento psíquico, buscando a fortalecer o protagonismo na Rede de Atenção Psicossocial. O desenvolvimento deste projeto promoveu encontros que permitiram o “construir juntos”, por meio da aprendizagem inventiva e através do compartilhamento de experiências frente aos problemas identificados no cotidiano de trabalho, mediante a atividades disparadoras de reflexão, estimulando este profissional a ser uma extensão do Centro de Atenção Psicossocial no território. Este estudo proporcionou a criação de um guia como produto norteador que propõe intensificar e fortalecer as equipes nas relações e na articulação com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, nas ações de melhoria ao acesso efetivo e à integralidade na atenção à saúde do usuário em sofrimento psíquico, além de contribuir para a produção de conhecimento e pesquisa no campo da saúde mental.

**Palavras-chaves:** Educação Permanente em Saúde; Oficinas. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Agentes Comunitários de Saúde.

## ABSTRACT

This research proposes to describe workshops conducted by the occupational therapist of a Psychosocial Care Center, as an innovative method of Permanent Education in Health, aiming health community workers, considering Primary Health Care in Psychosocial Care Network. Understanding that the process of coordination between the services of the Psychosocial Care Network remains as daily challenge regarding health care, stigmas and prejudices regarding to psychological suffering, means the necessity to think about strategies that enhance the coordination in an inclusive way and guarantee the quality access to entire people. Conducted in a Family Health Unit in the São Bernardo do Campo/SP, we opted for a research-intervention from the perspective of a qualitative approach. Considering the workshops as a guiding instrument, they aim to enable the intervention, implementation and analysis of this method, and seek to promote an exchange space, collective creation and transformation of practice in daily health production, between community health workers, next to the users in psychological suffering, in order to strengthen the leading role in the Psychosocial Care Network. The development of this project promoted meetings that allowed the "build together" through the inventive learning and through the sharing of experiences of the problems identified in the daily work, through the triggering activities of reflection, stimulating this professional to be an extension of Psychosocial Attention Center in the territory. This study led to the creation of a guide as a guiding product that aims to enhance and strengthen the teams, in the relationship and coordination between the services of the Psychosocial Care Network, in the improvement actions to effective access and completeness in attention to the user's health in psychological suffering, besides contributing to the production of knowledge and research in the mental health area.

**Keywords:** Permanent Education in Health. Workshops. Primary Health Care. Mental Health. Community Health Workers.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Processo de preparação dos diários de bordo, que foram, posteriormente, entregues aos ACS (fotografia à esquerda). Caminho para a UBS, momento de reflexão e expectativas da pesquisadora (fotografia à direita) .....	42
<b>Figura 2</b> – Oficina <i>Conhecendo a Rotina dos ACS</i> . Trata-se do primeiro dia de oficina, que consistiu na visita da pesquisadora ao território, junto às ACS, para conhecer o campo real de pesquisa .....	47
<b>Figura 3</b> – Produtos da atividade do dia, que permitiram ao grupo entender as expectativas de seus componentes e “quebrar o gelo” por meio de questões norteadoras: <i>Quais as dificuldades? Por que realizar estes encontros? Quais as expectativas?</i> .....	49
<b>Figura 4</b> – Grupo assistindo ao vídeo <i>Feliz-cidade</i> , produzido pela Coordenação de Saúde Mental de SBC (fotografia superior à esquerda). Grupo realizando ritual final do encontro, tendo a palavra esperança simbolizado o encontro do dia (fotografia superior à direita). Roda de conversa no espaço da AMAT (fotografia inferior à esquerda). Grupo reunido na AMAT (fotografia inferior à direita) .....	52
<b>Figura 5</b> – Oficina <i>Prática, Ação e Equipe</i> , com a atividade <i>Rede: fortalecendo as trocas em equipe</i> .....	53
<b>Figura 6</b> – Momento de construção coletiva do ecomapa (fotografia à esquerda). Construção individual do ecomapa de uma ACS (fotografia à direita) .....	55
<b>Figura 7</b> – Descrição da atividade no diário de bordo de uma ACS (fotografia à esquerda). Ecomapa desenhado por uma ACS em seu diário de bordo (fotografia à direita) .....	56
<b>Figura 8</b> – A segunda parte da atividade baseada nos modelos de soluções de negócios, norteadora por perguntas estratégicas, já com as primeiras soluções criadas a partir dos problemas que surgiram .....	57
<b>Figura 9</b> – Diário de bordo de uma das ACS participantes registrando suas notas intensivas vivenciadas nas oficinas .....	58
<b>Figura 10</b> – ACS narrando o significado da palavra recomeçar, sorteada na caixa (foto superior à esquerda). Grupo apresenta o resultado final da junção de todas as palavras sorteadas (foto superior à direita). Confecção da atividade (foto inferior à esquerda). ACS faz uma narrativa sobre a palavra cumplicidade, sorteada entre as palavras da caixa (foto inferior à direita) ...	61
<b>Figura 11</b> – Preparação e organização das fotografias para o último dia de oficina .....	61
<b>Figura 12</b> – Revelação da atividade <i>Cuidando do Outro</i> .....	62

<b>Figura 13</b> – Desenhos realizados no diário de bordo das ACS representando o contraste de percepções e sensações descritas pela segunda vez na atividade <i>Cenas Temidas</i> .....	62
<b>Figura 14</b> – Post-its apresentados como expectativas de abordagem durante as oficinas realizadas na pesquisa .....	83
<b>Figura 15</b> – Resultados da atividade <i>Cenas Temidas</i> .....	84
<b>Figura 16</b> – Oficina <i>Quebrando Paradigmas</i> .....	90
<b>Figura 17</b> – Soluções escritas em post-its durante a oficina <i>Articulação das Redes de Saúde: problemas e criações</i> .....	101
<b>Figura 18</b> – Diário de bordo de uma das ACS participantes da pesquisa .....	105

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Organização estrutural e análise das atividades ofertadas nas oficinas .....	34
<b>Quadro 2</b> – Projeto das ACS .....	103

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Categorías temáticas .....	40
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ABS .....	Atenção Básica em Saúde
ACS .....	Agente Comunitário de Saúde
AMAT .....	Associação Mente Ativa
CAPS .....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad .....	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSij .....	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CT .....	Comunidade Terapêutica
EPS .....	Educação Permanente em Saúde
NUTRARTE .....	Núcleo de Trabalho e Arte
PTS .....	Projeto Terapêutico Singular
RAPS .....	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU .....	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC .....	São Bernardo do Campo
SRT .....	Serviço Residencial Terapêutico
SUS .....	Sistema Único de Saúde
T8 .....	Território 8
T9 .....	Território 9
UBS .....	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP .....	Universidade Federal de São Paulo
UPA .....	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O TERRITÓRIO DE CUIDADO EM SÃO BERNARDO DO CAMPO .....	19
2.1. RAPS: investimento em saúde mental no território .....	19
2.2. O Protagonismo como Agente de Transformação do Cuidado em Saúde Mental .....	23
3. MÉTODO DA PESQUISA .....	26
3.1. A Rede como Construção do Objeto de Pesquisa .....	26
3.2. Perspectivas Metodológicas: inspirações e ações .....	28
3.3. Práticas da Pesquisa: a organização das oficinas .....	33
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO: AS OFICINAS COMO APRENDIZAGEM, VIVÊNCIA E CRIAÇÃO COLETIVA .....	39
4.1. Educação Permanente em Saúde: oficinas como espaços de valorização, saberes e relações .....	41
4.2. A Reforma Psiquiátrica e a Rede Territorial: caminhos para a concretização de uma antiga ideologia .....	67
4.2.1. <i>Reformas em movimento: as práticas de território como garantia ao cuidado da loucura</i> .....	75
4.3. Cuidando de Si e Cuidando do Louco: agentes de transformação na Rede de Atenção Psicossocial .....	81
4.3.1. <i>Relações que se misturam: o sofrimento como centralidade do encontro</i> .....	90
4.4. Desafios e Estratégias para a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial .....	97
4.4.1. <i>Experiências Inovadoras em Saúde Mental Inseridas no Cuidado da Atenção Básica</i> .....	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
REFERÊNCIAS .....	111
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	118
APÊNDICE B – PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO .....	120
ANEXO A – PARECE INSTITUCIONAL .....	141
ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	142

## 1. INTRODUÇÃO

Representando um avanço significativo para a *integralidade da assistência em saúde*, a Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, foi sancionada com a intenção de potencializar os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico, propondo, neste sentido, à oferta de um tratamento mais humano, digno e respeitoso a esse público e à incessante promoção de sua reinserção social no meio ao qual pertence (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001).

A Lei n. 10.216 surge ainda para assegurar a oportunidade de “[...] acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde” para o usuário em sofrimento psíquico, em conformidade com suas necessidades, assim como já ocorre com qualquer outro usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa legislação, torna-se dever do Estado facilitar o “[...] desenvolvimento da política de saúde mental [e] a assistência e a promoção de ações de saúde” destinadas àqueles sujeitos, de modo que seja possível a eles alcançar sua “[...] recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p. 1).

O cuidado direcionado à pessoa em sofrimento psíquico, que se tornara responsabilidade do setor público, passa, então, a ser compreendido como parte fundamental da ordem “[...] do direito, da atenção organizada como projeto individualizado e do sujeito biopsicossocial”. Através de sua consolidação no cotidiano, são combatidos a violência, os preconceitos, os estigmas da “[...] inclusão dos sujeitos na cidadania e dos cuidados na multiplicidade das experiências urbanas” e os paradoxos da humanização em saúde que circulam na sociedade (SAMPAIO, 2011 *apud* BARROS; JORGE, 2011, p. 11).

Atualmente, estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico intenso ou experimentam comportamentos patológicos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, os sofrimentos psíquicos correspondem a 13% na carga global de doenças, representando, pois, quatro das dez principais causas de incapacitações. No entanto, somente uma minoria recebe o tratamento e a assistência necessários, o que torna muitas pessoas vítimas não só da doença, mas também pela doença: alvos de preconceito, discriminação e estigmas relacionados à imagem social da loucura (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012). Barros e Jorge (2011) assinalam que essa realidade acarreta um “[...] imensurável custo em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos” para o indivíduo.

Em âmbito nacional, os transtornos mentais constituem uma questão preocupante para a saúde pública. Ora, “a assistência em saúde mental, seja ela eventual ou contínua, é uma necessidade de mais de 10% da população brasileira [...], que sofrem por sofrimento psíquico

ou apresentam transtornos psiquiátricos decorrentes do uso abusivo do álcool e de outras drogas” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010, p. 3-4). Tal preocupação, deste modo, não se resume apenas à dimensão das doenças, mas também considera os impactos provocados por elas em grande parcela da população afetada (MAGALHÃES; CAMARGO, 2012).

Do início da história da psiquiatria até pouco tempo atrás, o indivíduo diagnosticado com algum sofrimento psíquico grave e tido pela sociedade como insano era trancafiado e isolado em asilos, instituições de longa permanência e hospitais psiquiátricos – os chamados manicômios. Em vista dessa realidade, no final da década de 1970, ocorreram, no Brasil, mudanças na esfera da saúde, as quais foram endossadas por grupos que buscavam a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (SILVEIRA, 2006). Nesse contexto, despontaram também movimentos de críticas às instituições asilares e principiaram-se as buscas por alternativas ao modelo manicomial. Era a Reforma Psiquiátrica Brasileira dando seus primeiros passos (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

A Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo recente no Brasil. Mesmo com todos os progressos obtidos na órbita do cuidado em saúde mental e com os recursos legais, o Movimento da Luta Antimanicomial não pode se dar ao luxo de se estacionar e deve sempre buscar se fortalecer, uma vez que os manicômios se reinventam dia após dia. É possível afirmar, nesse sentido, que, apesar de alguma evolução, ainda não foram vencidos os retrocessos, tampouco superados os espaços asilares. Os militantes da Luta Antimanicomial devem ter em mente que há ainda muito no que avançar.

Sobre a perpetuação do manicômio em tempos de Reforma Psiquiátrica, Amarante, em *Loucos pela Vida*, comenta que não adianta desospitalizar se não desinstitucionalizar. O manicômio, enquanto lógica, está institucionalizado, enraizado e cristalizado no pensamento corrente. Não adianta, assim, retirar os prédios onde eles se instauram se a lógica ainda se pereniza. Embora *desospitalizar* e *desinstitucionalizar* sejam, *a priori*, parecidos, os dois termos não são equivalentes. Desospitalizar trata-se apenas de abolir os prédios onde se instituem os manicômios, mas não os alicerces da lógica manicomial – as relações de poder que segregam as pessoas em sofrimento psíquico. Desinstitucionalizar, sim, consiste em romper com essa lógica, em seus diferentes níveis, em suas várias nuances (AMARANTE, 2003).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um processo social em movimento e em transformação permanente no país. Processo este que necessita de investimento progressivo em ações e serviços substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (AMARANTE, 2007).



Amarante (2007) aponta que, anteriormente, na prática assistencial, o trabalhador de saúde mental era visto como um profissional que lidava com “[...] doenças mentais, com hospícios, com manicômios”. Trabalhar na área de saúde mental era, seguindo essa linha de raciocínio, “[...] trabalhar com loucos agressivos, em ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação” (AMARANTE, 2007, p. 20). Hoje, no entanto, as práticas em saúde mental não ocorrem mais dessa forma – ou, pelo menos, não se resumem a isso –, haja vista que os cenários e a assistência nesse campo vêm avançando nas novas relações de cuidado e nos novos modos de atenção.

Com vistas a esses avanços, a Reforma Psiquiátrica Brasileira preconiza a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo a articular ações entre os serviços que a compõem e expandir o cuidado para além dos espaços substitutivos extra-hospitalares, tratando-se, pois, de uma estratégia em constante movimento, que se caracteriza por práticas pautadas nos princípios da territorialização das ações, da responsabilização e da ampliação das redes sociais existentes nas comunidades (SOUZA, 2015). Aproximar as ações de saúde mental nos espaços da Atenção Básica em Saúde (ABS), como o ponto principal do cuidado integral e consoante às diretrizes da política nacional de saúde mental, é um dos propósitos que definem as ações que buscam “[...] a transformação de uma sociedade para conviver com a loucura” (SOUZA, 2015, p. 28).

Com base na pesquisa realizada e sob as perspectivas da RAPS, espera-se, com este estudo, apresentar uma proposta de ações em saúde mental junto à ABS, cujos desafios e articulações estejam de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Tendo como cenário de investigação um dos territórios localizado no município de São Bernardo do Campo/SP, o chamado Território 9 (T9), esta pesquisa apresenta como alicerce o projeto experimental iniciado por técnicos pertencentes à equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III (uma monitora de oficina terapêutica e a terapeuta ocupacional que escreve esta dissertação), que tinha como público-alvo os agentes comunitários de saúde (ACS). Tal projeto foi desenvolvido buscando repensar o acompanhamento integral dos usuários em sofrimento psíquico no território.

A organização dos serviços da RAPS no território, especialmente no T9, se mostra fragmentada no que diz respeito à assistência em saúde mental na comunidade. Sobre essa articulação, Quintas (2007) assinala que ela se torna um “[...] problema real com o qual todos os tipos de serviços precisam se haver, para produzir uma nova realidade na vida das pessoas envolvidas com a questão do sofrimento psíquico” (QUINTAS, 2007, p. 11). Para contorná-lo, Albuquerque e Stotz (2004) sugerem considerar a ABS como “[...] o *locus* onde

prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde e reorientação do modelo assistencial”. Dobies e Fioroni (2012) acrescentam que “[...] a falta de contato entre os serviços fica mais evidente, na medida em que os profissionais pouco se conhecem, e desconhecem os demais serviços de saúde” (DOBIES; FIORONI, 2012, p. 292). Por esse aspecto, torna-se relevante pensar em estratégias que promovam e intensifiquem, de maneira efetiva, as articulações entre os serviços de saúde pertencentes à RAPS.

No cenário da reabilitação psicossocial, o CAPS se revela como um serviço fundamental para a rede de atenção à saúde, uma vez que busca promover a desinstitucionalização e tenta orientar e auxiliar a articulação com os serviços, em conjunto com os profissionais da ABS, por meio da produção da singularidade e da cidadania e do favorecimento das relações do sujeito com sua comunidade (REVERBEL, 1996).

Com vistas a oferecer ferramentas para a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu uma nova estratégia política para fortalecimento do SUS, denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2009c). A EPS dispõe à modificação e transformação das práticas em saúde dos profissionais, constituindo, assim, uma ferramenta importante que busca superar limites tanto da educação quanto das práticas tradicionais de saúde (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

A discussão política voltada à ação territorial e à RAPS se mostra ainda pouco presente no diálogo e na atuação do CAPS e dos serviços da ABS. Espera-se, por meio desta pesquisa, demonstrar como as ferramentas norteadas pela EPS podem proporcionar uma visão mais ampla e qualificada sobre a realização de ações territoriais com focos nos problemas que surgem no cotidiano do trabalho em equipe, os quais precisam ser solucionados de modo a contribuir para a efetividade, a qualidade e a resolutividade da assistência em saúde mental no território.

Nessa perspectiva, o **objetivo geral** deste trabalho é **intervir, implementar e avaliar a Educação Permanente em Saúde por meio de oficinas**. Estas foram tratadas, na presente pesquisa, como ferramentas importantes na articulação com dois serviços pertencentes à atual RAPS. As oficinas tiveram como público alvo os ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de São Bernardo do Campo/SP.

Com relação aos objetivos específicos, propõe-se:

1. Descrever e analisar o processo de formulação de oficinas como um método inovador na esfera da Educação Permanente em Saúde, direcionado à atenção integral do usuário em sofrimento psíquico na ABS e em todo o território.

2. Promover intervenções por meio de trocas de experiências, aprendizagem e criação de ações coletivas entre os ACS e alguns usuários em sofrimento psíquico convidados, com vistas ao protagonismo de ambas as partes e à intensificação da articulação com os serviços pertencentes à RAPS; e

Este estudo propõe desconstruir e, ao mesmo tempo, reconstruir noções e atuações de modo a (re)inventar e experimentar uma forma de cuidado de “[...] efetivo engajamento e responsabilização para com o sofrimento humano, de construção de possibilidades de vida e de produção de subjetividades” (LIMA; YASUI, 2014, p.559). Como sintetizam Deleuze e Guattari (1997), citados por Lima e Yasui (2014),

Essa reinvenção da clínica requer a desvinculação entre clínica e hospital e a criação de novas instituições que trabalhem na lógica da heterogeneidade, da implicação, da circulação social, e que se coloquem a questão das territorialidades, mas também dos processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. (DELEUZE; GUATTARI, 1997 *apud* LIMA; YASUI, 2014, p. 599)

Levando-se em consideração que o Curso de Mestrado Profissional prevê o desenvolvimento de um produto técnico, será apresentado, como resultado desta pesquisa, o *Guia de Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Psicossocial: “Multiplicando Agentes de Reinserção da Loucura Na Comunidade”*. Este se trata de um instrumento forjado a partir da experiência nas oficinas, tendo como finalidade contribuir para o norteamento da qualificação da rede.

Espera-se que o guia auxilie e inspire pesquisadores e trabalhadores da saúde que o acessarem, e que esses profissionais possam utilizá-lo na experiência e no aprendizado com os usuários em sofrimento psíquico, considerando cada vivência como única e não somente tendo em vista os sintomas e doenças daqueles sujeitos. Da mesma forma, espera-se que o guia seja uma ferramenta potente para o reconhecimento do ACS como profissional essencial no cuidado integral à saúde dos usuários em sofrimento psíquico inseridos na RAPS.

Dado o exposto, a presente pesquisa planeja inspirar ações sobre as necessidades de transformação do cuidado em saúde mental, em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 1990), e auxiliar nos processos de descentralização e de aproximação entre a ABS e o CAPS, propondo à efetiva articulação do cuidado integralizado na RAPS e ressaltando a essencialidade e a importância da participação ativa e do protagonismo dos ACS e usuários em sofrimento psíquico nos serviços que os agregam e contemplan.

## **2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O TERRITÓRIO DE CUIDADO EM SÃO BERNARDO DO CAMPO**

A história da Reforma Psiquiátrica do município de São Bernardo do Campo/SP (SBC) se delineia, curiosamente, em uma região que comportou, entre as décadas de 1950 e 1990, uma grande e considerável quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos. Leitos esses, financiados por indústrias locais – em sua maioria, automotivas–, que demandavam tratamento para seus operários, os quais, por causa do trabalho estressante que exerciam nas linhas de produção, acabavam doentes, física e psiquicamente.

Por muitos anos, o cuidado em saúde mental da cidade foi desempenhado por um único e grande ambulatório de neuropsiquiatria e por um pronto-atendimento psiquiátrico, que recebiam e encaminhavam as demandas para o hospital psiquiátrico do município. Nesse período, SBC até contava com dois CAPS Álcool e outras Drogas (CAPSad) diurnos, sendo um deles direcionado ao público adulto e o outro, ao público infanto-juvenil; porém, não se pensava ainda em uma RAPS que pudesse propiciar a territorialização da saúde mental. Pelo contrário, continuava-se pensando em internações psiquiátrica de usuários em sofrimento psíquico, objetivando, única e exclusivamente, a remissão dos sintomas por meio da medicalização (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013a).

A realidade da saúde mental em SBC era precária, a situação só começou a mudar nas últimas décadas, como será explanado neste capítulo.

### **2.1. RAPS: investimento em saúde mental no território**

De acordo com a Lei n. 8.080, de 1990, define-se como rede de atenção à saúde um conjunto de “[...] ações e serviços de saúde articulados” que viabilizam a efetividade da garantia de direitos aos usuários, potencializando a atenção equânime e integral à saúde (BRASIL, 1990, p. 127). Para que isso se suceda, é necessário considerar, em uma lógica horizontal sustentada pelos serviços de saúde, o usuário como o centro da atenção ao cuidado, priorizando a garantia de seu acesso ao dispositivo e à tecnologia adequada “[...] no momento apropriado e como responsabilidade intrasferível do sistema de saúde” (SOUZA, 2015, p. 127). O território, nesse viés, se apresenta como o cenário deste cuidado, no qual o usuário em sofrimento psíquico deve ser acolhido e assistido; cenário este inserido em uma RAPS em que a ABS desenvolve seu “[...] papel ativo na promoção de saúde mental” (SOUZA, 2015, p. 44).

O *Cadernos de Saúde SBC* com o tema *Saúde Mental: tratamento aberto com respeito e cidadania*, confeccionado pela Secretaria de Saúde, contextualiza a ampliação da RAPS e o investimento intenso no cuidado e na atenção em saúde mental pelo município de SBC. A partir do ano de 2009, a gestão municipal junto a secretaria de saúde e a coordenação de saúde mental aliaram-se ao movimento da Reforma Psiquiátrica, em que a RAPS deste município endossou o “[...] movimento social pela desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental”, promovendo o investimento a descentralização do atendimento de saúde mental para o território junto a ABS.

Através desse movimento, a RAPS requisitava uma “[...] sociedade sem manicômios, [...] e o respeito aos direitos humanos e a cidadania” das pessoas em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas, em conformidade com os princípios do SUS (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013a). Tendo a desinstitucionalização como vértice político, a gestão municipal optou por pactuar, em conjunto com a população atendida, o cuidado em liberdade, cessando, assim, a contratação de leitos em hospital psiquiátrico pelo SUS da região.

Logo, o município iniciava seu processo na RAPS inaugurando sua primeira Residência Terapêutica, composta por ex-moradores do hospital psiquiátrico da cidade e, no por conseguinte, instalava o primeiro CAPS com funcionamento 24 horas no município, que previa atendimentos terapêuticos e psiquiátricos, além do acolhimento noturno aos usuários que necessitam de cuidado intensivo. Posteriormente a esses momentos, a RAPS passa a ser fortalecida, por meio do investimento e apoio a Reforma Psiquiátrica.

Em virtude desse corte a internação fechada, o hospital psiquiátrico da cidade passou a funcionar desarticuladamente dos outros dispositivos de saúde, ou seja, ele se manteve, mas sem nenhuma ligação com a RAPS ou com os demais serviços públicos de saúde da cidade. Entre os leitos fechados no hospital psiquiátrico, cerca de cinquenta eram ocupados por usuários com “[...] fragilização de seus vínculos familiares e sociais”. Essas pessoas, ao saírem do hospital, passaram a exercer seus direitos como cidadãs, vivendo em comunidade e habitando as demais residências terapêuticas inauguradas e situadas no município (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013a).

Localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo, SBC possui uma população de 775.463 habitantes, uma média de 3,2 pessoas por família, com 60,05% de cobertura de saúde pública suplementar. Atualmente, a RAPS da cidade se constitui de uma ampla estrutura de equipamentos e programas de saúde e é formada por uma completa rede de serviços substitutivos para o cuidado em saúde mental. Seus investimentos são voltados a uma assistência territorial, que se efetiva pelo cuidado ofertado pelos seguintes dispositivos: quatro

CAPS III voltados ao público adulto; dois CAPSad III; um CAPS III infanto-juvenil (CAPSij III); duas repúblicas terapêuticas de moradia transitória; seis Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); uma equipe de Consultório de Rua; e uma equipe que integra o Núcleo de Trabalho e Arte (NUTRARTE), que é pautado em projetos de geração de renda e na chamada *Economia Solidária*.

Além desses dispositivos, a RAPS conta com as Residências Multiprofissional e em Psiquiatria, que vêm sendo inseridas na Reforma Psiquiátrica desde 2014, além de estarem vinculadas à Secretaria de Saúde do município. Ademais, entre os outros serviços de saúde que compõem o município, pode-se apontar: trinta e quatro UBS; policlínicas de especialidades; Serviço Especializado de Reabilitação; Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher; uma rede de urgência composta por nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h e pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Centro de Especialidades Odontológicas; e a chamada Rede Hospitalar (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2015).

Diante desse cenário, apesar de a RAPS ter sido requerida e implantada tardiamente, o investimento da gestão municipal nos serviços possibilita que o município, hoje, ainda seja referência em saúde mental.

As equipes dos CAPS de SBC são formadas por profissionais que compõem uma equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar. Profissionais estes de diversas áreas, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, educadores físicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e monitores de oficina, entre outros. Todos esses trabalhadores atuam como referências terapêuticas dos casos, inserindo-se em miniequipes e realizando intervenções territoriais. Tratando-se o CAPS da estratégia de atenção em saúde mental do território, é preciso que ele esteja sempre articulado com a ABS. Neste sentido, busca-se realizar ações compartilhadas, que, além de integrá-los, visem ao cuidado qualificado do usuário em sofrimento psíquico (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013a).

Ainda para contextualizar a RAPS de SBC, é importante apresentar, mesmo que de um jeito breve, como se sucedeu a construção territorial em saúde deste município. É importante destacar, *a priori*, que são múltiplas as concepções de território. Souza (2015), por exemplo, o descreve como um espaço para além de uma área geográfica (local, fluxo viário, estruturas e barreiras físicas), formado também por “[...] pessoas, instituições, redes, que constituem o cenário onde se dá a vida comunitária” por meio de uma “[...] gama de atividades desenvolvidas (lazer, reinserção, trabalho, hospitalidade, entre outras)” (SOUZA, 2015, p. 119. Neste sentido, ao considerar o CAPS como referência para o território, compreende-se que:

O território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas. (SOUZA, 2015, p. 44)

Em 2012, o Seminário *Processo de Territorialização da Saúde*, realizado na cidade de SBC, reorganizou a territorialização da saúde, que havia sido iniciada no ano de 2010 por meio de uma gestão participativa envolvendo atores da rede municipal. Dentre as diretrizes e estratégias repensadas, destaca-se a “[...] criação de nove Núcleos Territoriais de Saúde, que passaram a operar regularmente” na delimitação de territórios e no ajuntamento das “[...] UBS geograficamente próximas e com realidades locais comuns, referenciadas em uma mesma Unidade de Pronto Atendimento” (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013b, p. 5).

Entre esses núcleos, encontrava-se o Território 9 (T9), que se constitui dos seguintes serviços de saúde: uma UPA e quatro UBS. O T9 é referenciado por um CAPS III, um dos CAPSad III e outros serviços de base municipal. Ele se situa em uma área de região manancial, à beira da Represa *Billings*, e caracteriza-se por bairros com alto índice de vulnerabilidade social. A UBS que foi eleita como o local da prática investigativa desta pesquisa se encontra neste território e cobre uma população de aproximadamente treze mil usuários cadastrados. Ela possui três equipes para atender, de forma ampliada, a saúde da família. Estas equipes são compostas por três médicos generalistas, três médicos matriciadores (ginecologista, pediatra e clínico geral), três dirigentes de saúde bucal, seis enfermeiros, nove auxiliares e técnicos de enfermagem e dezenove ACS (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2015). Os ACS, que se dividem entre as três equipes, foram o público-alvo deste estudo.

Entendidos como profissionais fundamentais e valorizados por ensejarem o processo de territorialização, os ACS buscam viabilizar a melhor forma de se organizar o cuidado dos usuários cadastrados e residentes na comunidade. Por esse aspecto, acabam sendo considerados também como uma extensão do CAPS no território, afinal, junto à equipe deste serviço, eles realizam diversas ações de consolidação da Reforma Psiquiátrica, como visitas e atendimentos domiciliares compartilhados, identificação das demandas e das dificuldades relacionadas à RAPS, atenção em saúde mental e cuidado integral no território, participação em grupos direcionados ao acolhimento na UBS, escuta qualificada, práticas corporais, vivências de lazer e parcerias efetivas na construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O investimento dirigido aos ACS revela-se essencial, haja vista as possibilidades e as potencialidades de tornar esses profissionais multiplicadores no processo da Reforma Psiquiátrica, assim como parceiros fundamentais ao longo do processo de articulação dos

serviços pertencentes à RAPS. Atualmente, SBC possui cerca de 1.115 ACS, os quais cobrem os territórios de todo o município (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013; BRASIL, 2009a).

O CAPS III, citado anteriormente neste estudo, foi inaugurado em 2010 e está localizado na região central do município. Como o primeiro CAPS da região a funcionar 24 horas por dia, ele possui cerca de seiscentos usuários cadastrados. Além de ser referência para o T9, como já explicitado, ele sistematiza mais quatro dos nove territórios que se compõem de dezesseis UBS da cidade (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2015).

Para compor ainda o processo de territorialização no município e tentar fortalecer os elos entre os serviços pertencentes aos Núcleos Territoriais, o profissional “apoiador em saúde” encontra-se inserido no município com o intuito de atuar junto às equipes de saúde, apoiando e ampliando as ações de territorialização e resolutividade da ABS. Com formação em diversas áreas (terapia ocupacional, psicologia, nutrição, entre outras), os apoiadores buscam intensificar as relações entre as redes de saúde “[...] estimulando as equipes de saúde a debater as práticas das unidades, evitando a cristalização de procedimentos e capitalizando os processos da educação permanente”. São eles “[...] agentes potenciais da territorialização” (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013b, p. 20). No campo da saúde mental, são profissionais que auxiliam e estimulam a organização do matriciamento, bem como exercem ações compartilhadas, cruciais para a articulação dos serviços pertencentes à RAPS.

## **2.2. O Protagonismo como Agente de Transformação do Cuidado em Saúde Mental**

Compreendendo a necessidade de repensar a atenção e o cuidado em saúde mental por meio de práticas e ofertas inovadoras, considerando a organização da RAPS e seguindo os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde vem, nos últimos anos, propondo ações que contemplem e estimulem o protagonismo dos usuários em sofrimento psíquico e em uso abusivo de álcool e outras drogas e de seus familiares. Nesse sentido, ele propôs projetos cujos temas principais envolvem o “[...] fortalecimento do controle social, inclusão social, criação e fortalecimento de associações de usuários e familiares, atividades comunitárias, eventos e publicações, encontro de coletivos, acesso à cultura e articulação em rede de saúde e intersetorial” (BRASIL, 2013a, p. 5).

No ano de 2013, almejando tornar essas ações culturalmente vivas, o Ministério propôs um novo projeto denominado Percursos Formativos na RAPS, que se desenvolveria a partir de ações estratégicas da Educação Permanente em Saúde, tendo como finalidade fortalecer a RAPS em todo o país, ampliando as possibilidades de intervenção dos profissionais, através da



estruturação de ações de intercâmbio e por meio da convivência entre estados e municípios, e fomentando a troca e intercâmbio de experiências entre os profissionais participantes. Tal projeto envolveu 96 cidades, entre redes de municípios visitantes e redes receptoras, que recebiam as equipes municipais (BRASIL, 2013b). Para tal, esse projeto ofereceu apoio financeiro a todos os municípios participantes. Dentre as linhas de ação norteadoras, destacava-se o tema da *desinstitucionalização*.

O município de SBC se configurou como uma RAPS receptora, isto é, como uma rede que recebia os intercambistas – profissionais da área de saúde de onze municípios –, durante dez meses. Como ação estratégica e com vistas a repensar as formas de cuidado e de estímulo à participação protagonista do usuário inserido na RAPS, com base no tema escolhido, a coordenação de saúde mental do município estabeleceu e colocou em prática o papel do *usuário guia* durante todo o projeto Percurso Formativo. O papel do usuário guia intencionava mostrar ao intercambista o processo de produção de saúde e de cuidado em espaços que estão além das redes formais de saúde e dos serviços substitutivos em saúde mental. Essa figura possibilitou àquele profissional vivenciar a rede de saúde do município através de um olhar diferente do seu, que é o olhar do usuário em sofrimento psíquico que está inserido na RAPS. Esse ponto-de-vista levava o intercambista a considerar as perspectivas e subjetividades dos próprios usuários da RAPS, possibilitando também que esses sujeitos se tornassem os personagens principais do processo, ao apresentar os locais reais em que circulam, seja eles no CAPS, na ABS, na vizinhança, em sua residência ou demais espaços que desejaram expor.

Entende-se que a Coordenação de Saúde Mental do município escolheu e criou esta estratégia pensando na importância de demonstrar o processo de cuidado e o modo de inserção dos profissionais visitantes na realidade cotidiana, por meio da percepção do usuário inserido na RAPS, de modo que este, ao desempenhar a função de guia, pudesse vivenciar, em seu município, o exercício de pensar sobre si mesmo, de avaliar e analisar sua rede de apoio social e os espaços em que transita, repensando, pois, a sua rotina, que, muitas vezes, acaba sendo restrita ou institucionalizada. Essa estratégia se configurava, assim, não só como uma ferramenta para o projeto Percursos Formativos, mas também como um dispositivo de inclusão e de exercício do protagonismo e da participação social do usuário no território.

Em face do término do projeto, no final de 2015, foi possível notar que tal estratégia contribuiu também como ferramenta para o fortalecimento do PTS, uma vez que promovia a transformação e a volatilidade dos eixos da reabilitação psicossocial (rede social, habitar e trabalho), bem como o estímulo à corresponsabilização do cuidado, reafirmando, assim, a cada sujeito envolvido no processo, a oportunidade de (re)criar possibilidades e projetos para sua

vida, com o propósito de torná-lo não só o protagonista de seus sonhos, mas também o principal desenvolvedor de ações concretas em sua realidade (LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006).

Além disso, considerando o viés do fortalecimento ao protagonismo e as novas formas de visibilidade dos usuários em sofrimento psíquico, instalou-se no município, em 2012, a Associação Mente Ativa de Usuários e Familiares da Saúde Mental (AMAT), que tem por finalidade defender “[...] direitos e desenvolver projetos em favor da inclusão social, cidadania e protagonismo social”, empoderando usuários e familiares através de ações e vivências de auxílio e suporte mútuos, de modo a contribuir para a formação político-cultural nos serviços pertencentes à RAPS e à comunidade envolvida (ASSOCIAÇÃO MENTE ATIVA, 2012).

Diante de tudo que foi mencionado neste capítulo, é possível garantir que o município de SBC investe na assistência em saúde e no cuidado em liberdade no território por meio de uma RAPS. Esta é subsidiada em uma clínica ampliada, que valoriza o conforto e o acolhimento humanizado e respeita à cidadania e à integralidade da atenção do usuário em sofrimento psíquico. A RAPS, dessa forma, se define como uma rede que valoriza a vida, o estímulo ao protagonismo e a produção de subjetividade de cada munícipe inserido no SUS (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013a).

### **3. MÉTODO DA PESQUISA**

Este estudo consiste em uma pesquisa-intervenção qualitativa que tem como público-alvo os ACS que compõem a equipe de uma UBS localizada no T9, que foi escolhida como o cenário da prática investigativa. Conduzida por uma terapeuta ocupacional que integra a equipe multidisciplinar de um CAPS III localizado na região central do município de SBC, este trabalho contou com a participação de usuários em sofrimento psíquico convidados pela própria pesquisadora. Para sua realização, foram propostas oficinas pretendiam oportunizar espaços saudáveis e de criação coletiva, de trocas de experiências, de aprendizagem inventiva e de transformação da prática no cotidiano de produção em saúde.

As oficinas se desenvolveram buscando promover vivências que oportunizassem a construção coletiva, através do compartilhamento de experiências, com base nas dificuldades identificadas no cotidiano de trabalho e frente aos estigmas, ilusões e preconceitos que existem sobre a loucura na sociedade. Ao realizar atividades disparadoras de reflexões sobre as práticas em saúde, buscou-se estimular os participantes da pesquisa a serem multiplicadores e protagonistas de ações descentralizadoras na articulação dos serviços que fazem parte da RAPS. Buscou-se também sensibilizá-los a se tornarem parceiros e defensores dos direitos em saúde mental e da cidadania e do cuidado integral dos usuários em sofrimento psíquico.

#### **3.1. A Rede como Construção do Objeto de Pesquisa**

De acordo com Minayo (2006), “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática” (MINAYO, 2006, p. 18). Levando-se em consideração todo o caminho percorrido, a escolha do objeto de pesquisa se deu justamente a partir da realidade experimentada pela pesquisadora deste estudo – que, como já mencionado, é também integrante da equipe multidisciplinar de um CAPS III –, mediante um projeto piloto iniciado em um território localizado no município de SBC, chamado Território 8 (T8). Através de encontros semanais, este primeiro momento ocorreu tão somente com os ACS que pertencem à UBS deste território. Estes profissionais atuam estimulando a participação social da comunidade, com vistas a identificar problemas de saúde e fatores de risco específicos que precisam ser enfrentados (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que as ações do projeto piloto, a princípio, eram destinadas a todos os profissionais que integram o corpo de funcionários da UBS em que foi implantado. Contudo, devido à dificuldade de organizar a agenda de trabalho, à rotina e ao pouco interesse

que tinham, e também considerando que estes encontros não tinham como escopo a obrigatoriedade da presença de qualquer indivíduo, mas a formação de parcerias, esta etapa ocorreu exclusivamente com os ACS.

Estes encontros se desenvolveram em espaços de matriciamento<sup>1</sup>, mediante a observação da dinâmica da equipe responsável por esse procedimento – suas relações e seus entendimentos básicos sobre a rede de saúde mental e sobre a RAPS – e discussões de caso, conforme as demandas e os problemas que foram surgindo. Esta vivência inicial possibilitou o (re)conhecimento e a aproximação dos atores envolvidos na ABS daqueles que integravam o CAPS III do T8. Além disso, foi trazida à tona a necessidade de aprofundar algumas ações e pensar em mudanças na prática de cuidado e saúde, visto que a articulação da ABS junto a RAPS se mostrou incipiente ou escassa.

Passado o período destas ações, a terapeuta ocupacional foi transferida de território, passando a referenciar umas das UBS do T9. Isso ocorreu por conta de uma solicitação da Gestão do CAPS III e em virtude da necessidade de assistir o novo território que o serviço passou a atender. No entanto, buscando preservar a abrangência, foi mantido, pelo menos, um psicólogo do CAPS III na UBS do T8, como referência para o matriciamento.

No T9, que é assistido por quatro UBS, foi possível perceber a inexistência de uma assistência compartilhada entre os ACS e os profissionais do CAPS III. As relações ocorriam somente entre os profissionais considerados de referência em saúde mental das UBS mencionadas, como o psiquiatra e o psicólogo, em uma dinâmica definida por uma lógica de encaminhamentos via papel.

Não obstante esse cenário que desconsidera os ACS, foi possível compreender que, no T9, entre os profissionais do CAPS e os da ABS, há pouco conhecimento sobre os recursos, atribuições e estruturas presentes que possam fortalecer a articulação e o compartilhamento do cuidado integral entre os serviços. Logo, tendo em conta os princípios da “integralidade da assistência em saúde” e da reabilitação psicossocial, o processo de articulação da RAPS permanece como um desafio diário, afinal, ainda existem estigmas e pré-conceitos em torno do transtorno mental e dos usuários em sofrimento psíquico (BRASIL, 1990). Ademais, perseveram também as resistências, que se alimentam de uma cultura manicomial de longa data, haja vista que prevalece, por vezes, nos serviços de saúde o entendimento de que a saúde mental

---

<sup>1</sup> Matriciamento pode ser compreendido como o suporte oferecido pela equipe multidisciplinar do CAPS, que participa de encontros juntos às equipes da UBS ou demais serviços inseridos na RAPS, na tentativa de orientar e elaborar projetos terapêuticos singulares e outros recursos terapêuticos, estimulando a realização de discussões de caso, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, entre outras ações conjuntas no território.

deveria se manter concentrada em espaços fundamentalmente assistencialistas e entre os muros institucionais, não favorecendo, pois, a atenção integral à saúde.

Entende-se que essa conjuntura, não exclusiva dos territórios citados, mas comum em outros territórios e espaços de saúde, ecoa diretamente no acompanhamento do usuário em sofrimento psíquico, necessitando, portanto, de modificações urgentes. Assim sendo, as realidades precárias supracitadas acabaram por se constituir como um problema de pesquisa, porque elas “[...] apontavam para uma realidade de não solução à demanda local” (QUINTAS, 2007, p. 64). Ora, diante das atribuições dos serviços observados, as ações intersetoriais, de cuidado e atenção em saúde mental no território, têm se mostrado ineficazes, o que, indiretamente, favorece o estigma, a institucionalização e o funcionamento manicomial.

Desta maneira, avaliando o T9 como um todo, assim como a dinâmica na qual a RAPS se insere neste local, é possível inferir que o maior engajamento dos ACS, no CAPS e com os usuários em sofrimento psíquico, poderia torná-los profissionais fundamentais em todo este processo, afinal, são eles conhecedores do território, por atuarem e habitarem nele, estando, portanto, diretamente vinculados à UBS que assiste sua comunidade.

É possível deduzir ainda que, estimulando-se a corresponsabilização, estes profissionais poderiam também se perceber como protagonistas do processo de cuidado integral do usuário em sofrimento psíquico, equivalendo-se a uma extensão do CAPS no território e, conseqüentemente, a subsídios para a formação da RAPS.

### **3.2. Perspectivas Metodológicas: inspirações e ações**

A escolha metodológica para este estudo teve como referência inicial a experiência narrada em uma cartilha denominada *Rodas de Conversa no Território com Agentes Comunitários de Saúde – Descortinando a Loucura: direitos humanos e saúde mental*, produzida pela Associação Mente Ativa de Usuários e Familiares da Saúde Mental (AMAT) da cidade de SBC (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2012). Esse documento apresenta, em seu conteúdo, discussões sobre a inter-relação entre o ACS e a saúde mental, buscando fomentar e qualificar a ação profissional dos primeiros por meio de atividades que busquem facilitar a compreensão e desmistificar “[...] o que a nossa sociedade e as práticas de saúde e social têm sobre a loucura” (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2012, p. 2).

A vivência da pesquisadora no projeto Percursos Formativos e a estratégia do *usuário guia* também se constituíram como estímulos para se repensar as perspectivas teórico-metodológicas desta pesquisa para além dos problemas identificados na articulação dos serviços

da RAPS e na descentralização. Isso inspirou o pensar em saúde mental, na atenção e no cuidado, a partir do “olhar do usuário” que a vivência.

Desta forma, as propostas de realização das oficinas foram se reinventando a partir da produção destes projetos, atreladas à necessidade de aproximação do CAPS da ABS no território. As propostas levaram em consideração a forma como as relações entre as equipes e os processos de trabalho no cuidado em saúde mental acontecem atualmente, mantendo as atuações na ABS pautadas, muitas vezes, pelas consequências dos resquícios dos pré-conceitos, estigmas e exclusão social que levaram os usuários em sofrimento psíquico, os loucos, a viverem por muito tempo – e muitos ainda vivem – à margem da sociedade e abatidos de seus direitos, inclusive de acesso a uma saúde de qualidade, integral e pública, como ocorre com qualquer usuário do SUS. Logo, essas questões se colocaram como um problema para o território.

Crescer mediante os projetos e materiais que estimulam a voz dos participantes, e não somente daqueles que os produzem, como os líderes e gestores, permite que movimentos sociais e democráticos, como o da Luta Antimanicomial, ganhem força, através da participação ativa e efetiva não somente daqueles que atuam diretamente no âmbito da saúde mental, mas daqueles que também se implicam para incentivar a formação de parceiros multiplicadores e defensores de uma “[...] postura de respeito aos diferentes modos de ser e a transformação cultural da sociedade” com as pessoas em sofrimento psíquico (ASSOCIAÇÃO DE VOLTA PARA CASA, 2016).

Foi escolhida, então, como metodologia a pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa. As características de uma pesquisa-intervenção potencializam esta prática investigativa, pois suas ações ocorrem dentro do contexto pesquisado perante os problemas e as demandas que carecem de soluções, possibilitando, assim, que a pesquisa seja “participativa”, de modo que tanto o pesquisador quanto os pesquisados se apresentem como sujeitos ativos em um estudo em movimento. Isso faz com que as técnicas preestabelecidas intervenham no campo do pesquisado, levando a sério o seu “[...] caráter performativo na criação e no desenvolvimento” das ações e atividades propostas (FORTUNA *et al.*, 2005; SADE *et al.*, 2013).

Ressalta-se que a opção pela metodologia participativa se deu por ela consistir em uma ferramenta facilitadora e também por se acreditar que ela poderia responder aos objetivos deste estudo. Com base nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, as metodologias não convencionais e participativas se revelam ferramentas potencializadoras para a transformação das práticas cotidianas, permitindo o pesquisar com os sujeitos em análise por meio do

compartilhamento de experiências e trocas de saberes, promovendo a construção e a aprendizagem significativa e coletivas e considerando a inseparabilidade entre “pesquisar e intervir” e “conhecer e fazer”, ao definir que todos os envolvidos são detentores de saberes e que eles possuem capacidade de desenvolver transformações (SADE *et al.*, 2013, p. 2814). Lopes, citado por Galletti (2004), aponta que o uso de oficinas promove “[...] possibilidades de criação/ação [...] que singularizam existências e permitem o surgimento de processos criativos” através de vivências realizadas com seus participantes, mediante o “fazer junto” e por meio do compartilhamento de experiências, promovendo, pois, a aprendizagem que faça sentido aos participantes e a construção coletiva a partir dos problemas já identificados.

Neste viés, a participação em oficinas não pode ser passiva, já que o desejo e a vontade de se transformar internamente é que dão sentido a todo o grupo. As oficinas, aliás, não podem ser organizadas sob um “modelo homogêneo de intervenção”, porque, por mais que se deem em grupo, seus processos são singulares e se direcionam para a “[...] produção de subjetividades criativas frente às exigências do cotidiano, bem como a reinvenção do sujeito, da vida e das coisas”, quando os participantes se deixam afetar e ser afetados pelas relações e acontecimentos naqueles espaços (GALLETTI, 2004; SILVIA *et al.*, 2014).

Entende-se que uma pesquisa qualitativa procura descrever a experiência humana na sua totalidade e na essência das relações entre os diversos atores sociais, embasando-se no princípio de que os “[...] conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana” (TOMASI; YAMAMOTO, 1999). O tempo investido na permanência do pesquisador no campo “[...] possibilita a compreensão das relações estabelecidas, ao mesmo tempo que favorece a inserção, familiarizando-se com as pessoas do lugar” (ROCHA; ECKERT, 2008; SATO; SOUZA, 2001 *apud* NETO; AVELLAR, 2016, p. 164). Além disso, esse tempo permite a “[...] descoberta de outras racionalidades ou lógica” que contribuam para o entendimento e compreensão dos desencontros interpostos nas relações e nas dificuldades relacionadas às ações articuladas entre os serviços de saúde (MINAYO 2006; CECILIO *et al.*, 2014).

Sade e outros (2013) apontam que, em uma pesquisa-intervenção qualitativa em saúde mental, os instrumentos utilizados são procedimentos de colheita de dados, e não só de coleta, visto que cultivam dos princípios da “[...] atenção psicossocial [e] da autonomia como direção do tratamento, do protagonismo do usuário e de sua rede social e de participação cidadã” (SADE *et al.*, 2013, p.2814). Os mesmos autores afirmam ainda que a colheita de dados, compreendida, também, como produção de dados, enfatiza aquilo que é produzido na intervenção da realidade da pesquisa, pois se acompanha em ato a experiência dos sujeitos

pesquisados durante as oficinas e se atenta aos “efeitos do procedimento de colheita de dados” proposto na metodologia da pesquisa (Sade *et al.*, 2013, p. 2814).

Como instrumento de colheita de dados, optou-se por utilizar o registro da imagem, por meio de fotografias, e o diário de bordo produzido, individualmente, por todos os envolvidos (pesquisadora e público-alvo participante), além do conteúdo apresentado na roda de conversa, no retorno ao local da pesquisa após quatro meses da última oficina. Esses registros objetivaram preservar o caráter de expressão subjetiva, singular e coletiva das vivências. O diário de bordo tornou-se uma importante forma de registro escrito, oportunizando a descrição livre das expressões e impressões, durante cada encontro, a partir do “objetivo e o subjetivo da experiência” vivida no “processo de criação” (BICHUETTI; FORTUNA, 2004). A colheita de dados ocorreu entre agosto de 2015 e abril de 2016.

Os sujeitos da pesquisa foram 12 ACS que integravam duas equipes sugeridas pela gestão da UBS localizada no T9 do município de SBC. Esta UBS conta, ao todo, com três equipes e atua de acordo com os princípios da Estratégia Saúde da Família. A opção por desenvolver a pesquisa com este público-alvo é devida à continuidade do projeto piloto já citado, que foi realizado pela terapeuta ocupacional. Deve-se também ao anseio da pesquisadora de privilegiar a voz destes atores sociais, enfatizando suas percepções e os propósitos de suas atuações. O grupo, formado somente por profissionais do gênero feminino, se organizou com pessoas que aceitaram participar voluntariamente deste processo de ações, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com relação às terminologias adotadas neste trabalho, sofrimento psíquico será considerado sob uma perspectiva social e complexa, indicando certa vivência que despoticizou um sujeito e que provocou rupturas ou marcas em sua identidade. O sofrimento, assim sendo, pode ser enquadrado como sofrimento mental comum ou, nos casos de transtornos graves e persistentes, como neuroses graves e psicoses, como definido a seguir:

O sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. (BRASIL, 2013a, p. 15)

Quanto à palavra protagonista, na língua portuguesa, ela é interpretada como “principal ator; pessoa que ocupa o primeiro lugar em qualquer acontecimento; interveniente em episódios da vida cotidiana” (FERREIRA, 2010). Torre e Amarante (2001), em sintonia com essa definição, denominam protagonismo como um lugar novo no qual se coloca o usuário em



sofrimento psíquico, descrito, por eles, como “sujeito da diferença na sociedade”. Nesse lugar, o usuário passa a participar, de forma ativa, de ações voltadas aos seus desejos, projetos, cidadania e subjetividade, através de “[...] organizações de usuários e movimentos de *empowerment* com conquistas significativas em termos de representação política e social” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 83). Dessa forma, a pessoa em sofrimento psíquico se aparta da imagem fomentadas por seus sintomas e por sua doença, apreendendo a imagem de um usuário do SUS, com direitos e deveres garantidos como qualquer cidadão brasileiro.

As definições e conceitos supracitados foram adotados durante o embasamento desta pesquisa, justificando, assim, o convite dos usuários em sofrimento psíquico inseridos no CAPS III para participarem de algumas oficinas. A participação destes sujeitos não deve ser confundida com a dos pesquisados (público-alvo), mas, sim, entendida como a presença de personagens que trazem discussões importantes relacionadas ao sofrimento psíquico, aos pré-conceitos e estigmas relacionados a loucura e à exclusão social provocada pela vida asilar – por longas e/ou diversas internações em manicômios – e passiva de autonomia e desejos, com a “[...] própria avaliação cuidadosa e sistemática desta contribuição” (PRESSOTO *et al.*, 2013, p. 2839). Logo, convidar estes usuários para compor este estudo é compreender que eles possuem domínio sobre os temas refletidos, não somente em função da teoria, mas pelas vivências próprias no decorrer de suas vidas.

Nesta perspectiva, participaram deste estudo, como convidados a integrar o grupo de pesquisa, cinco usuários inseridos no CAPS III, cada um deles residente em um território diferente do município. Apesar de não considerar o diagnóstico como pauta deste estudo, é pertinente acrescentar que os cinco convidados possuem diagnóstico ou de esquizofrenia ou de transtorno afetivo bipolar.

Tendo em vista a importância de abordar as ações do ACS não pelo viés da vitimização, mas pela perspectiva da potência e do conhecimento – este profissional é, inclusive, considerado aqui um dos principais atores nas inter-relações que permeiam a atenção integral à saúde –, o protagonismo dos participantes desta pesquisa, tanto das ACS quanto dos usuários da saúde mental, foi entendido como essencial para a construção metodológica, dado que, a partir dele, pôde-se aprender, vivenciar e pesquisar com eles, e não sobre eles, conforme os objetivos apresentados.

O *pesquisar com*, como recurso metodológico, orientou as ações de intervenção, avaliação e análise das vivências ao longo da prática investigativa, favorecendo as discussões dos dados perante o reconhecimento de que o “[...] conhecimento não é algo que está nas mãos do pesquisador ou que cabe a ele, e tão somente a ele; produzir [...] trata-se de um processo de

transformação” tanto do pesquisador quanto dos demais participantes (SILVEIRA; PALOMBINI; MORAES, 2014, p. 4).

Considerando, afinal, o tipo de pesquisa indicada, a metodologia deste estudo propôs se nortear pelas seguintes etapas: levantamento bibliográfico e fundamentação teórica; oficinas realizadas em onze encontros; roda de conversa; e análise de conteúdo final.

### **3.3. Práticas da Pesquisa: a organização das oficinas**

No início dos encontros, foram apresentadas as propostas à gestão da UBS e aos profissionais envolvidos que a integravam, em especial aos ACS do T9, de modo a organizar os espaços e viabilizar as oficinas. Nesse momento, foram propostos onze encontros em oficinas, os quais teriam a duração de uma hora cada, semanalmente, às segundas-feiras, no período da manhã, ocorrendo no território de abrangência da UBS e em serviços de saúde inseridos na RAPS, como acordado com o grupo e a gestão da UBS.

As oficinas se desenvolveram a partir de temas direcionados e se seguiram de atividades propostas aos participantes, com cada encontro sendo finalizado com as reflexões transcritas nos diários de bordo. Os temas propostos para cada oficina foram, respectivamente: *Conhecendo a Rotina dos ACS; Aquecimento; Conhecendo a Rede Viva; Território como Cenário de Cuidados; Prática, Ação e Equipe; Cartografia de Forças; Articulação das Redes de Saúde: problemas e criações; O Território como Cenário a Ser Cuidado; Inventando Soluções e Repensando as Práticas; e Produção das Oficinas: o que faremos com o que aprendemos?*. Houve ainda uma roda de conversa quatro meses depois da última oficina, a qual foi denominada *Momento de Expressão e Parceria*.

Durante as oficinas, foi possível realizar visitas aos serviços da RAPS, dentre eles, o CAPS III de referência da pesquisa e um dos CAPSad III. Foi possível também visitar a equipe de Consultório de Rua e participar de uma reunião na Associação Mente Ativa (AMAT), além de conhecer o Pronto Atendimento de Psiquiatria. Estes momentos inéditos pretendiam garantir o conhecimento do fluxo e das relações entre as equipes e usuários no território pelas ACS que participavam da pesquisa, as quais foram acompanhadas da pesquisadora e dos usuários em sofrimento psíquico inseridos no CAPS III.

As reflexões presentes no diário de bordo de cada participante descrevem as diferentes maneiras de vivenciar e experimentar as oficinas e o cuidado em saúde mental. Já o compartilhamento oral de histórias manicomiais por aqueles que realmente as vivenciaram transcorreu como uma forma de contextualizar e sensibilizar as ACS sobre esta dolorosa

vivência. Em grupo, foram produzidas também propostas de atuação para o CAPS e os profissionais da UBS, sendo estas registradas em um diário de bordo coletivo e apresentadas, posteriormente, à gestão da UBS e à equipe do CAPS.

Após quatro meses do término das oficinas, a pesquisadora retornou à UBS para realizar uma roda de conversa com os participantes da pesquisa. Esta roda de conversa, em consonância com as proposições metodológicas, foi utilizada como instrumento de colheita de dados e de identificação de indicadores para a avaliação de resultados sobre o uso das oficinas.

O quadro a seguir apresenta parte da organização estrutural e da análise das atividades ofertadas nas oficinas:

**Quadro 1 – Organização estrutural e análise das atividades ofertadas nas oficinas.**

<b>Encontro</b>	<b>Tema</b>	<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Proposta</b>	<b>Registros</b>	<b>Materiais</b>
Reunião Equipe ACSs	Primeiro Encontro	Oferecendo e propondo a pesquisa	04/08/2015	Reunião de Equipe junto as ACSs, apoiadora e gerente da UBS	Diário de Bordo da pesquisadora	- Diário de Bordo Pesquisadora - 1 caneta
<b>Encontro</b>	<b>Tema</b>	<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Proposta</b>	<b>Registros</b>	<b>Materiais</b>
<b>OFICINA 1</b>	Conhecendo a Rotina dos ACS's	Rotina	10/08/2015	Vivência junto ao ACS, propondo conhecer sua rotina e processos de trabalho  *Entrega e assinatura dos TCLE	Diário de Bordo da pesquisadora; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - 1 caneta - Câmera Fotográfica
<b>Encontro</b>	<b>Tema</b>	<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Proposta</b>	<b>Registros</b>	<b>Materiais</b>
<b>OFICINA 2</b>	<b>Aquecimento</b>	Apresentação da Proposta	17/08/2015	Apresentar a proposta e objetivos para a Equipe, pactuação de contratos e horários.	Diário de Bordo da pesquisadora	- Diário de Bordo Pesquisadora - 1 caneta
<b>Encontro</b>	<b>Tema</b>	<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Proposta</b>	<b>Registros</b>	<b>Materiais</b>
<b>OFICINA 3</b>	Conhecendo a Rede Viva	Levantamento de Expectativas;  Identificação do Trabalho na Rede	24/08/2015	Compreensão das expectativas dos participantes na pesquisa; Verificar como observam a Rede construída por eles, e ainda como enxergam as dificuldades e potencialidades da assistência em saúde, do engajamento e valorização do seu trabalho neste território. - Cenas Temidas - Café da Manhã Coletivo	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas - Câmera Fotográfica - Post-its coloridos - 5 Cartolinas Brancas - Fita Crepe - Mantimentos e descartáveis para o Café da Manhã (Toalha)

<b>Encontro</b>	<b>Tema</b>	<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Proposta</b>	<b>Registros</b>	<b>Materiais</b>
<b>OFICINA 4</b>	Quebrando paradigmas	Documentário “A Desinstitucionalização de Pacientes com Transtornos Mentais”  Dinâmica “Cuidando do Outro”	31/08/2015	Conversa e participação de usuários do CAPS III Adulto sobre as dificuldades na vida em Manicômio, experiências de usuários em sofrimento psíquico junto a reflexões referentes a articulação das Redes de Saúde e o fechamento de Hospitais Psiquiátricos.	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Data Show - Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas
<b>OFICINA 5 - Ação Externa</b>	Conhecendo a RAPS - Assimilando as experiências	Documentário “Feliz-Cidade” e “Casa das Violetas, 5 anos de Liberdade”	17/09/2015	Visita aos serviços da RAPS existentes no território junto aos ACSs. Atividade de vivência no CAPS III Centro.	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Diário de Bordo Coletivo; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas
<b>OFICINA 6</b>	Prática, Ação e Equipe	Dinâmica – REDE: Fortalecendo o trabalho em Equipe	21/09/2015	Atividade direcionada ao trabalho em Equipe e importância da construção/ articulação da RAPS	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Data Show - Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas - 30 folhas de Papel Sulfite

Encontro	Tema	Atividade	Data	Proposta	Registros	Materiais
<b>OFICINA 7</b>	Cartografia de Forças	Construção do Ecomapa: Traçando caminhos	28/09/2015	<p>Dinâmica sobre o trabalho em Rede, utilizando como dispositivo o Ecomapa</p> <p>Estudo de Caso: Elaboração criativa do caminho de usuários no território através da técnica Ecomapa</p> <p>Propostas possíveis para o Projeto RAPS e UBS</p>	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diário de Bordo Pesquisadora</li> <li>- Câmera Fotográfica</li> <li>- 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados</li> <li>- 20 canetas</li> <li>- 14 canetões</li> <li>- Câmera Fotográfica</li> <li>- 20 Cartolinas Brancas</li> <li>- Fita Crepe</li> </ul>
Encontro	Tema /	Atividade	Data	Proposta	Materiais	Registros
<b>OFICINA 8</b>  (Dividida em Dois momentos)	<b>Primeiro Momento</b>  Articulação das Redes de Saúde - Problemas e Criações	Identificação de Problemas e <i>Brainstorm</i> de Criações	19/10/2015	Identificação de problemas frente a articulação das Redes de Saúde e jogo de ideias de como potencializa-la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diário de Bordo Pesquisadora</li> <li>- Câmera Fotográfica</li> <li>- 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados</li> <li>- 20 canetas</li> <li>- Câmera Fotográfica</li> <li>- Post-its coloridos</li> <li>- 5 Cartolinas Brancas</li> <li>- Fita Crepe</li> </ul>	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas
	<b>Segundo Momento</b>  Redes Sociais de Suporte e Participação	Estimulando o Protagonismo		Criar coletivamente estratégias e soluções para os problemas apresentados referentes ao tema e potenciais de um profissional multiplicador. Ponto de partida para Projeto a RAPS e UBS		
Encontro	Tema	Atividade	Data	Proposta	Registros	Materiais
<b>OFICINA 9</b>	O Território como Cenário de Cuidado	Repensando a Prática PRIMEIRA PARTE	26/10/2015	Finalização do Projeto Coletivo com a elaboração das propostas possíveis para a RAPS e o território.	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Projeto Final; Diário de Bordo Coletivo; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diário de Bordo Pesquisadora</li> <li>- Câmera Fotográfica</li> <li>- 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados</li> <li>- 20 canetas</li> <li>- 10 Cartolinas Brancas</li> <li>- 20 Folhas de papel sulfite</li> <li>- 15 Canetões</li> </ul>

Encontro	Tema	Atividade	Data	Proposta	Registros	Materiais
<b>OFICINA 10</b>	Repensando a prática	SEGUNDA PARTE	09/11/2015	Finalização do Projeto Coletivo com a elaboração das propostas possíveis para a RAPS e o território.	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Projeto Final; Diário de Bordo Coletivo; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas - 10 Cartolinas Brancas - 20 Folhas de papel sulfite - 15 Canetões
<b>OFICINA 11</b>	O que faremos com o que aprendemos?	Devolutiva da Dinâmica - Cuidando do Outro  Apresentação das Propostas Finais	23/11/2015	Devolutiva – Cuidando do Outro  Discussão final sobre o protagonismo e iniciativa na articulação da RAPS junto a Atenção Básica em Saúde e todo o processo vivido durante as Oficinas	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - Câmera Fotográfica - 11 Cadernos para Diário do Bordo dos pesquisados - 20 canetas
<b>Roda de Conversa</b>	Expressão e Parceria	Roda de Conversa – Feed Back	04/04/2016	Roda de Conversa com tema livre entre os participantes, profissionais convidados e Gestão  Estratégia: Identificar mudança efetiva e o Hábito na rotina e devolutiva da equipe	Diário de Bordo da pesquisadora e dos participantes; Questões surgidas na dinâmica; Imagens fotográficas	- Diário de Bordo Pesquisadora - 1 caneta - Câmera Fotográfica

Fonte: Elaborada pela autora.

A etapa da análise do conteúdo buscou considerar a organização metodológica desta investigação, destinando-se à interpretação dos instrumentos utilizados na colheitas de dados. Para uma descrição sistemática, singular e coletiva do conteúdo, os dados foram submetidos à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2011), complementada pela abordagem de Minayo (2006). A análise de conteúdo considera como objeto de estudo o “registro em si”, buscando descrevê-lo, explorá-lo e interpretá-lo a partir do que se é “[...] emitido no processo

de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos” (CAVALCANTE, CALIXTO e PINHEIRO, 2014, p. 13) – no caso desta pesquisa, dos diários de bordo e fotografias.

A identificação dos sujeitos da pesquisa foi codificada, assegurando a confidencialidade das informações. Os usuários da saúde mental foram tratados por nomes fictícios e as ACS, por sua categoria profissional, seguida de um número que as diferencia uma das outras.

Em relação aos benefícios almejados, acredita-se que este estudo possa contribuir, por meio de ações coletivas a aprendizagem inventiva, com a melhoria da qualidade da atenção integral à saúde e com a inclusão social do usuário em sofrimento psíquico, não somente na RAPS, mas em todos os espaços nos quais ele deseje circular.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO: AS OFICINAS COMO APRENDIZAGEM, VIVÊNCIA E CRIAÇÃO COLETIVA

Há um coletivo se fazendo com a pesquisa, há uma pesquisa se fazendo com o coletivo. (BARROS *et. al*, 2015, p. 73)

De acordo com Barros *et. al* (2015), em uma pesquisa de campo, a construção e a invenção das ações com os participantes oportunizam discussões que caminhem imersas no “[...] plano das intensidades, lançado ao aprendizado dos afetos” que se abrem no movimento de um território. As vivências, experiências e os temas que ganharam contornos durante as oficinas se conectaram em uma produção de “[...] vidas que emergem e criam uma prática coletiva” (BARROS *et. al*, 2015, p. 74).

Representada no estudo e na escrita, a proposta de encarar os participantes desta pesquisa como atores ativos foi uma surpreendente maneira de entender o que é ser protagonista, pois, desta maneira, foi possível compreender aqueles indivíduos como sujeitos pensantes, produtores de suas experiências. A principal repercussão deste posicionamento foi, sem dúvida, a construção daquilo que se tornou uma aprendizagem cheia de significados e planejamentos coletivos.

A possibilidade de pesquisar com os protagonistas e não sobre eles conduziu a prática investigativa a resultados reais e afetivos, além de desenvolver ações propostas que interviriam no campo de pesquisa. Nesse sentido, a discussão não se embasou somente em concepções teóricas e observações do campo, mas também no pesquisar com os protagonistas, contextualizado por suas “[...] biografias, culturas, histórias, enfim, a sujeitos sociais concretos, com as suas trajetórias e mundos subjetivos” (DALMOLIN, 2006, p. 13).

Em vista do rico material colhido durante a intervenção da pesquisa, buscou-se destacar, para a análise e a discussão dos resultados, as experiências mais relevantes, que se aproximaram das propostas iniciais contidas no projeto de pesquisa. Esta escolha não significa, entretanto, que os demais aspectos que surgiram, relacionados ao tema, não foram expressivos; significa que a pesquisadora optou por caminhar para determinadas direções, estas relacionadas ao objetivo inicial do estudo. Todavia, por se tratar de um estudo que adotou a construção participativa como método, não houve como prever o formato final da pesquisa, posto que as vivências ocorreram, afetaram e se moldaram ao longo de seu desenvolvimento. Dalmolin (2006), ao citar Duarte (1986), adverte que “[...] o sentido no processo da pesquisa que cala



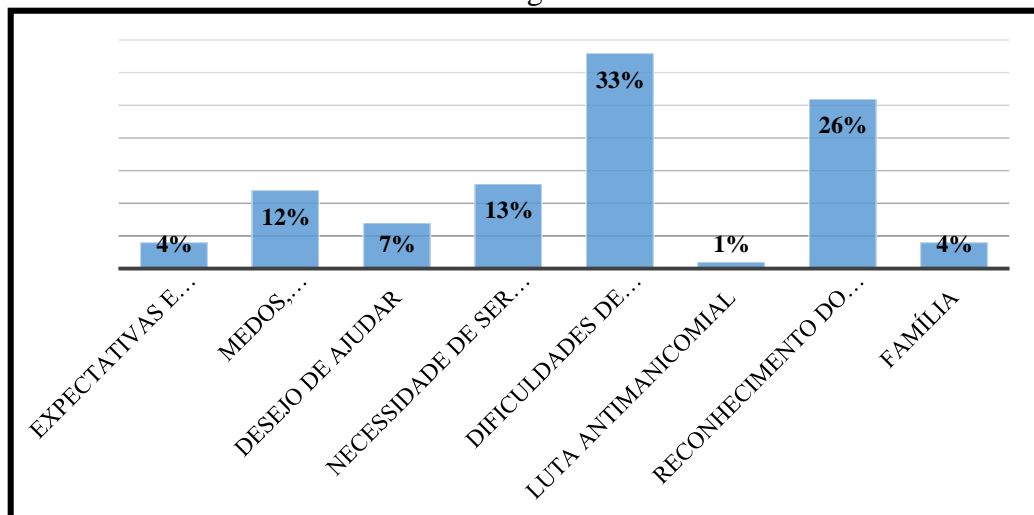
profundamente o pesquisador vai além do método e das técnicas escolhidas; no fundo, o sentido vem quando toca a sua alma” (DALMOLIN, 2006, p. 60).

A análise de dados, norteadada pelos princípios de Minayo (2004), ocorreu mediante a leitura extenuante daquilo que foi colhido, exigindo, assim, a organização de todo material abarcado: a transcrição total das vivências durante as oficinas e roda de conversa; o diário de bordo da pesquisadora e do público-alvo participante; e o registro de imagem, por meio das fotografias. Posteriormente, foram realizados recortes daquilo que mais se destacava, ressaltando os elementos comuns, agrupando-os e classificando-os em categorias temáticas.

Caregnato e Mutti (2006) discorrem que a análise por categorias temáticas é formada por “[...] uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 683), de acordo com os temas que surgem no decorrer do estudo e com o julgamento do pesquisador em complementá-los. Neste segmento, foram construídas, a partir da organização das etapas, as seguintes categorias temáticas: *expectativas e perspectivas da pesquisa como estímulo à Educação Permanente em Saúde; medos, desconhecimento e despreparo; desejo de ajudar; necessidade de ser cuidado e as sobrecargas de trabalho; dificuldades de articulação e relação com a RAPS; Luta Antimanicomial; reconhecimento; e família.*

Bardin (1977) salienta que, na análise de conteúdo, “[...] a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Somente os índices é que são retidos de maneira não frequencial” (BARDIN, 1977, p. 115). Diante disso, é coerente afirmar que o autor da análise pode recorrer a esse recurso para obter uma visão mais ampla dos resultados iniciais, por meio da comunicação individual, como representado no gráfico abaixo:

**Gráfico 1 – Categorias temáticas.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Por esse aspecto, a discussão dos dados coletados, a seguir, será realizada a partir de eixos temáticos, que se referem justamente às categorias supracitadas, destrinchados nas sessões: *Educação Permanente em Saúde: oficinas como espaços de valorização, saberes e relações*; *A Reforma Psiquiátrica e a Rede Territorial: caminhos para a concretização de uma antiga ideologia*; *Cuidando de Si e Cuidando do Louco: agentes de transformação na Rede de Atenção Psicossocial*; *Desafios e Estratégias para a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial*.

Conforme as premissas de Cecílio e outros (2014), foi necessário à pesquisadora, em muitos momentos, abdicar de seus saberes e conhecimentos para valorizar, de maneira ativa, a voz de cada participante, visto que “[...] sem um pouco de disposição para a escuta e para o estranhamento” (CECÍLIO *et al.*, 2014, p. 26) não seria possível tornar significativo o que eles traziam de relevante e de novidade para complementar aquilo que já se compreendia e se defendia. Nesse viés, é coerente apontar que o que norteou a discussão dos resultados foi a possibilidade de colocar em análise o valor do protagonismo, da participação *com* e não sobre os participantes da pesquisa e, conseqüentemente, das ações que propunham intensificar as relações e a articulação com os serviços da RAPS, como é recomendado pelo SUS, por meio da aprendizagem inventiva e em grupo.

Liberman (2008) menciona que o “[...] elemento-surpresa percorre o cartógrafo-terapeuta ocupacional e cartógrafo-pesquisador, pois é do inusitado que podem emergir os voos mais desafiadores e instigantes” (LIBERMAN, 2008, p. 17). Sendo assim, este estudo, tendo em conta suas propostas iniciais, permitiu navegar por um mar inesperado, que valorizava, em suas diferentes ondas, os “elementos-surpresa” que não estavam previstos no projeto de pesquisa e, muito menos, nas expectativas iniciais da pesquisadora.

#### **4.1. Educação Permanente em Saúde: oficinas como espaços de valorização, saberes e relações**

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção. (FREIRE, 2001, p. 25)

Participo da primeira reunião junto às ACS. [...] Conversamos um pouco sobre a minha proposta de pesquisa, que, para minha surpresa, aparentemente, foi muita bem aceita. Elas me contam que sentem a falta do CAPS no território; não sabem como esse tipo de serviço funciona, e reclamam que não recebem feedback dos usuários encaminhados. (Pesquisadora)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de agosto de 2015.

Esta seção pretende explicar a importância de encontros que promovam vivências que permitam a construção coletiva por meio da aprendizagem inventiva e significativa e, também, através do compartilhamento de experiências, perante os problemas identificados no cotidiano de trabalho.

Tendo a Educação Permanente em Saúde como norte desta pesquisa, as atividades propostas em cada oficina almejavam valorizar os diferentes saberes e reflexões sobre as estratégias de intervenção e transformação da prática de produção em saúde. Em cada encontro, buscou-se pensar em estratégias que intensificassem o processo de articulação com os serviços da RAPS e, conseqüentemente, garantissem o acesso de qualidade a atenção integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico.

Essas estratégias demandam ações que precisam ser pensadas, sobretudo no que tange à sua aplicabilidade, pois envolvem diversos desafios e barreiras, não somente institucionais, mas também relacionados às concepções de cuidado em saúde mental de cada profissional de saúde. Logo, os resultados esperados dependem não só de mudanças do processo de trabalho, mas, também, de mudanças paradigmáticas que se relacionem com as transformações individuais sobre o olhar dirigido a si e ao outro.

Ceccim (2005), aponta que vivenciar processos norteados pela Educação Permanente em Saúde permite inserir atividades com conteúdos tecnológicos e referenciais necessários; porém, exigem também a implementação de “[...] espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho”, além de atores ativos (usuários, trabalhadores e apoiadores, entre outros) que façam parte deste coletivo, de modo a produzir mudanças institucionais e territoriais verdadeiras.

**Figura 1** - Processo de preparação dos diários de bordo, que foram, posteriormente, entregues aos ACS (fotografia à esquerda) e caminho para a UBS, momento de reflexão e expectativas da pesquisadora (fotografia à direita).



Fonte: Fotografias da autora.

Após a apresentação do projeto inicial para a gestora da UBS, ocorreu o primeiro contato com as ACS, o qual teve como finalidade convidá-las para compor a pesquisa e, conseqüentemente, participar das oficinas. A pesquisadora não conhecia as participantes, tampouco imaginava como elas receberiam as propostas. Desta forma, mediante a exposição dos objetivos iniciais, ela esclareceu que desejava, mesmo com ideias já previamente pensadas, que os desígnios dos encontros fossem reinventados de acordo com o caminhar do grupo, de modo a possibilitar vivências mais significativas para cada participante.

Logo, o propósito das oficinas não foi somente ensinar coisas novas relacionadas ao cuidado em saúde mental, mas propor ao grupo experiências e aprendizados a partir de novidades promovidas em uma relação horizontal, levando-se em conta a “[...] possibilidade de problematizar, de escutar outras vozes”, aprendendo outros modos de fazer, ofertar e compreender a atenção em saúde direcionada ao usuário em sofrimento psíquico (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014a). O foco, deste modo, era possibilitar aprendizagens recorrendo à produção de novos conhecimentos, às vivências positivas e aos afetos atrelados às dimensões subjetivas que envolvem e movimentam “[...] o pensamento, a imaginação, a criatividade, a potência (para estabelecer conexões com pessoas e equipamentos), a sensibilidade, a sociabilidade e a afetividade” (MANSANO, 2009, p. 5).

Durante o percurso, repensar as práticas de atenção integral conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, de maneira a “[...] problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e nos espaços de interação entre elas, a comunidade e a gestão”, foi um dos grandes desafios (MACHADO; WANDERLEY, 2014, p. 6). Vivenciar estes espaços de encontros, contando com a participação dos usuários em sofrimento psíquico, das ACS e da pesquisadora – todos em um mesmo patamar de valorização de saberes –, deveria possibilitar repensar, em grupo, os lugares enfraquecidos que ainda segregam e institucionalizam o cuidado e que precisam ser reavaliados e revalidados na articulação da RAPS.

Diante deste raciocínio coletivo, as ACS puderam sair de uma posição de “recursos humanos” e os usuários em sofrimento psíquico, de um lugar de paciente anulado de suas potências, passando, ambas as partes, a serem protagonistas do processo potencializador das práticas de saúde mental na ABS e em toda a rede (ROVERE, 2005). Em um dos encontros nas oficinas, foi possível, inclusive, citar uma observação nesse sentido:

Observo que nossos encontros instigam e aproximam as discussões sobre temas relacionados à saúde mental e à prática e às conexões da RAPS. Promovem trocas

constantes de experiências entre nós, assim como com os usuários em sofrimento psíquico, também personagens da pesquisa. (Pesquisadora)<sup>3</sup>

Trabalhar em saúde é um trabalho “vivo em ato”, produzido por meio do encontro (MERHY; FEUERWERKER, ANO, p. 5). Esse encontro, entretanto, não pode se desenvolver à revelia. Pelo contrário, deve ser avaliado com frequência, e, para isso, é necessário entender que tipo de relações os componentes travam entre si, ou seja, desvelar como um enxerga o outro. O enxergar direcionado ao usuário da saúde mental não deve ser limitado à doença. É preciso compreendê-lo como um sujeito como qualquer outro, que sonha, que tem desejos, medos, possibilidades e potências para agregar sabedorias e experiências (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014a).

Durante os encontros, os usuários em sofrimento psíquico, que foram convidados pela pesquisadora, participaram de poucas oficinas – três, para ser exato –, haja vista que o convite surgiu no decorrer da pesquisa. Todavia, sua participação, ainda que restrita, foi suficiente para se compreender a essência das relações horizontais e dialógicas, haja vista que aqueles sujeitos foram considerados como atores ativos e sujeitos provedores de mudanças, com o mesmo valor dos demais participantes (MACHADO; WANDERLEY, 2014).

Por meio da Educação Permanente em Saúde, as ACSs e os usuários da saúde mental convidados, entendidos aqui como protagonistas do SUS, puderam “compartilhar, ensinar e aprender” juntos, construindo e desconstruindo “[...] concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis” (MACHADO; WANDERLEY, 2014, p. 6) por meio de relações e trocas intensas que promoveram o desenvolvimento singular e coletivo propondo à melhoria da qualidade da atenção em saúde no contexto desta prática investigativa.

A promoção de espaços de relações horizontais para se repensar os processos da Reforma Psiquiátrica, pesquisando junto com os usuários em sofrimento psíquico, e não sobre eles, como ocorre em palestras ou ensinamentos teóricos e técnicos relacionadas aos temas, possibilitou momentos de trocas reais de experiências, dada a disponibilidade e o exercício do empoderamento de cada sujeito ao transmitir, para o grupo, suas vivências de sofrimentos e de progressos relacionados aos acontecimentos de suas vidas atreladas ao sofrimento psíquico.

Merhy, em depoimento ao Comunicação Educa Saúde (2014b), ressalta que os resultados esperados pela Educação Permanente em Saúde não podem ser alcançados através do conhecimento já organizado, mas, sim, do conhecimento que se constrói em cada

---

<sup>3</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

participante e, também, com todo o grupo. Ela parte do pressuposto de que todos os envolvidos produzem e inventam, ativamente, ações potentes, e que eles, concomitantemente, aprendem na prática por meio destas experiências vivenciadas (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014b).

Promover espaços de aprendizagem com sentido é estabelecer uma aprendizagem significativa, que repense as articulações entre a rede de serviços e as relações entre as equipes e usuários e proponha ações de uma forma criativa, subjetiva e afetiva, de modo a promover mudanças internas de autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005).

Para Merhy, a Educação Permanente em Saúde precisa ter o mundo do trabalho como uma escola de aprendizagens com sentidos, onde o “[...] aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014b) Ela se constitui, assim, como uma importante estratégia para o “[...] trabalho da equipe multidisciplinar com projeções relevantes para a efetivação da interdisciplinaridade”, levando-se em conta as possibilidades de transformações das práticas dos trabalhadores da saúde mediante as ações “[...] integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários” (MACHADO; WANDERLEY, 2014, p. 7).

Como já foi mencionado, por questões burocráticas, de agenda e/ou prioritárias, a participação de todos os profissionais da UBS nos espaços de encontro não foi possível, o que não significa que não seria fundamental envolvê-los em todas as ações. Entende-se que a participação de todos no processo formativo é essencial para o fortalecimento dos objetivos, como descrevem algumas ACS:

É, seria bom se elas [médicas e enfermeiras] já participassem, porque não é um trabalho só nosso, e elas já ficariam por dentro. (ACS 1)<sup>4</sup>

A maioria dos agentes fazem treinamento na UBS. Os profissionais da UBS deveriam fazer treinamento na área do agente. (ACS 4)<sup>5</sup>

Para se obter resultados em uma invenção coletiva que valoriza conhecimentos e saberes, é necessário propor ações que façam sentido em uma metodologia significativa. Deve-se levar em conta o território, de modo a possibilitar que as ações se moldem e se reestruturam de acordo com a realidade do contexto em que se inserem. Os relatos abaixo demonstram o

<sup>4</sup> Dados da Oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

<sup>5</sup> Dados da Oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

aspecto comum desta preocupação e consideram, por conseguinte, as propostas de cursos e capacitações estruturados e não atrelados ao público e local específico:

Às vezes, há projetos de fora que não se importam como o agente de saúde vai ficar. Vai abordar este assunto que, muitas vezes, pode até ser legal, mas como o agente de saúde ficará? (ACS 5)<sup>6</sup>

Vocês mesmos me disseram o receio de chegar aqui e dizer “a partir de agora, será assim, assado, e vocês me acompanham”, e eu acho que não rola; quando as coisas são impostas, a gente tende a criar mesmo barreiras. O meu maior desafio é não impor nada aqui para vocês, é construir junto, junto comigo, para que a gente consiga construir propostas. (Pesquisadora)<sup>7</sup>

Ceccim (2005) assinala que a análise de um problema, em um determinado contexto, seja “institucional, regional ou nacional”, admite a descoberta da complexidade da problemática e das formas reais de intervenções articuladas. Pensando nisso, durante a apresentação das propostas iniciais para as ACS, buscou-se esclarecer também a importância da reinvenção e intervenção coletiva em todos os espaços da pesquisa. Ao propor as oficinas, a demanda do grupo era de que estes encontros fossem contextualizados, justificando este pedido através de diversas razões, como a quantidade de cursos ofertados aos ACS, o que lhes dá a impressão de que nunca estão suficientemente preparados para a atuação, e a realização de cursos que nem sempre se adequam à realidade daquele território ou que são irrelevantes para suas práticas de trabalho.

Estes fatores podem dificultar o envolvimento e a aprendizagem dos participantes, como demonstram o trecho do diário de bordo e a narrativa a seguir:

Acho muito interessante como, antes que eu propusesse a pesquisa junto às ACS, elas pediram que eu conhecesse o território em que atuam e como trabalham. Justificaram, este pedindo, afirmando que somente elas sabem como funciona a própria rotina e contexto de trabalho”. (Pesquisadora)<sup>8</sup>

É só pra você não criar uma expectativa menor ou maior; só também para, quando você for montar a sua oficina, você já poderá, mais ou menos, ter uma noção de como a gente vê e o que pensa. (ACS 1)<sup>9</sup>

Nesse sentido, para atingir aos objetivos propostos, as oficinas não poderiam ser equacionadas no campo da educação continuada, através de cursos previamente estruturados.

<sup>6</sup> Dados da Oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>7</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>8</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de agosto de 2015.

<sup>9</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de agosto de 2015.

Segundo Merhy, a Educação Permanente em Saúde deve ser compreendida como uma “política de reconhecimento”, isto é, ela exige que as propostas de intervenções tenham aproximação com o cotidiano, para que os processos formativos ocorram a partir das experiências de cada participante e tenha repercussão naquele coletivo (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014b). Como refere Ceccim (2005), o território é compreendido como a potência de aprendizagem quando realizado “[...] no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (CECCIM, 2005, p. 175), considerado como prioridade nesta pesquisa.

Assim, respeitando e concordando plenamente com tais questionamentos, visto que pretendo criar uma pesquisa partindo das experiências e práticas destas profissionais e não a partir das minhas teorias e suposições, combinamos que, antes de iniciar as oficinas, nós iremos para o território, para que eu vivencie junto a elas a rotina e o processo de trabalho. (Pesquisadora)<sup>10</sup>

**Figura 2** - Oficina *Conhecendo a Rotina dos ACS*. Trata-se do primeiro dia de oficina, que consistiu na visita da pesquisadora ao território, junto às ACS, para conhecer o campo real de pesquisa.



**Fonte:** Fotografias da autora.

Enquanto profissional do CAPS, pensar na organização das propostas que buscam fortalecer o cuidado integral ao usuário em sofrimento psíquico, segundo a lógica do território, é considerar as histórias políticas, sociais e econômicas daquele espaço, compreendendo-o a

<sup>10</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de agosto de 2015.



partir das potencialidades e dificuldades identificadas por atores que nele convivem, sentindo como a vida pulsa naquele lugar (LIBERMAN; LIMA, 2015). Apostar no fortalecimento de serviços substitutivos no território é viabilizar que os espaços de cuidado, nesse contexto, sejam vivos e reconhecidos em suas singularidades e potências. Segundo Ceccim (2005),

O território é o da saúde, mas, para a educação permanente projetada aqui, está em jogo um processo de territorialização: construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, com um sistema e serviços capazes de acolhimento do outro, responsabilidade para com os efeitos das práticas adotadas, resolutividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e da população em matéria de saúde. (CECCIM, 2005, p. 175)

Na oficina denominada *Aquecimento*, realizada após a vivência no campo de pesquisa, buscou-se *aquecer* o grupo para as ideias e propostas do estudo e pactuar contratos e horários para os encontros.

O cotidiano atarefado e as agendas cheias de atividades e compromissos fizeram com que os encontros, inicialmente planejados para durarem duas horas, fossem realizados com a duração de uma hora apenas. Assim, as atividades foram organizadas para terem uma duração de 40 minutos, garantindo tempo para a reflexão coletiva e o encerramento do encontro do dia.

Entendo, neste dia, que, a cada proposta sugerida, devo fazê-las o tempo todo junto às ACSs, compreendendo que aquilo que, mesmo sem querer, for imposto, possivelmente, não fará sentido na prática daquele grupo. Logo, quando encerrarmos nossos encontros, as ações correm o risco de não terem continuidade. Surge, então, uma reflexão: aquilo que nos é imposto caminha potencialmente igual ao que é construído em conjunto? Nas primeiras experiências com as ACSs, já suspeito que não. (Pesquisadora)<sup>11</sup>

Para captar o que as ACSs estavam esperando das oficinas e como elas se enxergavam na rede, a atividade proposta na oficina *Conhecendo a Rede Viva* buscou levantar as expectativas do grupo em relação às vivências nos encontros e como estas poderiam auxiliar no processo de trabalho e na relação com o CAPS e com a rede. Buscou-se verificar, do mesmo modo, a disponibilidade e o desejo de cada participante em compor aquele espaço.

---

<sup>11</sup> Dados do Diário de Bordo. Pesquisa realizada em UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

**Figura 3** - Produtos da atividade do dia, que permitiram ao grupo entender as expectativas de seus componentes e “quebrar o gelo” por meio de questões norteadoras: *Quais as dificuldades? Por que realizar estes encontros? Quais as expectativas?*



**Fonte:** Fotografias da autora.

O que esperamos destes encontros? O que esperam de mim? E percebo que buscam por um espaço de conhecimento, de troca de experiências, mas, acima de tudo, um espaço de cuidado [...]. Aproveitam para dizer o que pensam em relação ao trabalho do CAPS no território e suas insatisfações. Compreendo os incômodos, as queixas, e deixo que falem, pois percebo que estamos criando ali um espaço de confiança, um espaço de formação de vínculos. (Pesquisadora)<sup>12</sup>

Os resultados desta atividade conduziram à observação de que as expectativas e os desejos das ACS participantes voltavam-se à abertura para mudanças de suas práticas, buscando melhorar o processo de trabalho não só delas, mas de todos os integrantes da RAPS, especialmente no que se refere às relações com as equipes do CAPS. Ademais, as expectativas auxiliaram a pesquisadora a compreender o que o grupo esperava destes encontros, e elas demonstraram que todos os seus componentes estavam abertos para espaços de cuidado de si e para a criação de laços.

Não preciso intervir em nada. As ACS fizeram este momento delas. Desabafaram, expressaram, se acolheram, compartilharam e descreveram aquele momento como cuidado direcionado a elas, sem eu mesma precisar defini-lo. Demonstraram ali que, acima da necessidade de conhecerem CID, doenças, sofrimento psíquico, precisam compreender, primeiro, o desejo em se permitir a oferecer os seus cuidados, como

<sup>12</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

profissional da saúde, a esta população. Mas como oferecer o melhor cuidado sem se sentir preparado e, ainda, com seus medos e inseguranças? (Pesquisadora)<sup>13</sup>

A oficina *Quebrando Paradigmas* foi o primeiro encontro realizado com os usuários em sofrimento psíquico convidados pela pesquisadora. Em um encontro repleto de elementos surpresas – os quais serão pormenorizados mais adiante, em uma seção à parte –, a discussão inicial foi endossada pelo documentário *A Desinstitucionalização de Pacientes com Transtornos Mentais* (CREFITO-3, 2015) e a discussão seguinte, guiada pelos usuários, que narraram suas experiências, as dificuldades que enfrentaram enquanto viviam no manicômio e suas reflexões sobre a articulação das redes de saúde e o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Em seguida, na mesma oficina, foi proposta às ACSs uma atividade denominada *Cuidando do Outro*, que funcionou como uma espécie de “amigo secreto”, uma brincadeira tradicional em que se sorteia o nome de um dos participantes, mas não se deve contar aos demais até o momento da revelação, que ocorre em concomitância com uma troca de presentes. Nesta atividade, a brincadeira foi adaptada pretendendo intensificar as relações, de modo que, após sortear uma colega, a ACS deveria, até o último dia das oficinas, “cuidar”, escutar e acolher sem, no entanto, revelar quem havia sorteado. Logo, elas precisavam estar atentas ao cuidado de todas as colegas, para que não fossem descobertas, enaltecendo, desta forma, o afeto, a troca e a assistência ao outro em cada oficina.

Com a intenção de fortalecer a discussão sobre a valorização do território, a oficina *Conhecendo a RAPS: assimilando as experiências* ocorreu mediante visitas em alguns serviços da RAPS de referência daquela região, sendo eles o CAPS III, o Consultório de Rua, o CAPSad e o Pronto Atendimento Psiquiátrico. As falas a seguir demonstram a importância dada pelas ACS de se (re)conhecer os serviços pertencentes à RAPS, tanto internamente quanto em suas dinâmicas:

E a gente visitando lá, a impressão foi melhor ainda, né? Os cadastrados falam pra gente: “Fulano foi pro CAPS [...]. Lá, eles amarram as pessoas!”. E, assim, ele podia pintar o sete pra gente, né? E, hoje, a gente pode ver que não é essa a realidade do CAPS, e podemos passar para outras pessoas que não é assim, não é ruim. (ACS 5)<sup>14</sup>

Depois que a gente ganhou essas oficinas, a gente teve outra visão do CAPS [...]. Então, eu acho que foi um recomeçar pra gente. Foi uma coisa boa! Assim, a gente tem mais visão do que é o CAPS e de como trabalhar na rua com as pessoas que precisam do CAPS. (ACS 7)<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>14</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada no CAPS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>15</sup> *Idem.*

Nesta mesma ocasião, o grupo participou de uma discussão com os usuários em sofrimento psíquico, durante um encontro realizado na AMAT, na qual foi proposta, pela presidente e usuária do CAPS, uma roda de conversa norteada pelos temas: *Como eu gostaria de ser tratado em meu território?*; *estratégias de cuidado*; e *compreensão do sofrimento psíquico pela visão do usuário*, disparada pelos documentários *Feliz-cidade* (ASSOCIAÇÃO MENTE ATIVA, 2014), gravado recentemente em SBC, acerca dos dispositivos da RAPS do município que são apresentados por usuários guia, e *Casa das Violetas: 5 anos de Liberdade* (CORDEIRO, 2015), sobre uma das residências terapêuticas do município. Deste momento, surgiram diversos argumentos inspirados, como se demonstra a seguir:

A gente queria também te agradecer, né? De você querer conhecer o nosso trabalho e a gente conhecer o seu, e conhecer a rede que a gente trabalha. A gente é muito grata porque foi um aprendizado muito grande. Eu tiro por mim, né? Agradecer a você por essa oportunidade! (ACS 9)<sup>16</sup>

Os medos, receios em não se aproximar, aos poucos, se transferem no desejo de conhecer mais, de aprofundar os conhecimentos, não permitir que nossos usuários retornem ao sofrimento que viveram, de poder oferecer também o cuidado que cada cadastrado merece. (Pesquisadora)<sup>17</sup>

Ao final de cada oficina, eram realizadas, como um movimento de ritualização em círculo, uma roda com todos os participantes do grupo, em que, de mão dadas, eles escolhiam uma ou mais palavras que pudessem representar o encontro do dia e, em seguida, a(s) repetiam, com o desejo de torná-la(s) uma realidade. As conexões criadas a cada encontro simbolizam as conexões que podem ser articuladas na rede e na comunidade.

---

<sup>16</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada no CAPS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>17</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada no CAPS SBC em 17 de setembro de 2015.

**Figura 4** – Grupo assistindo ao vídeo *Feliz-cidade*, produzido pela Coordenação de Saúde Mental de SBC (fotografia superior à esquerda). Grupo realizando ritual final do encontro, tendo a palavra *esperança* simbolizado o encontro do dia (fotografia superior à direita). Roda de conversa no espaço da AMAT (fotografia inferior à esquerda). Grupo reunido na AMAT (fotografia inferior à direita).



**Fonte:** Fotografias da autora.

Apesar de conviver com estes usuários quase que diariamente, ainda me impressiono com as falas e a sensibilidade que possuem em transmitir suas experiências de vida. Mais uma vez, meus convidados falam muito mais do que eu poderia expressar. (Pesquisadora)<sup>18</sup>

É sabido que a prática de ações inseridas no campo do SUS mantém, em muitos de seus espaços, uma relação de “[...] não reconhecimento do outro como sujeito produtor da saúde, do trabalho e das coisas que são importantes para a produção de saúde no país” (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE, 2014a). Nota-se que, poucas vezes, os serviços de saúde conseguem reconhecer todos os atores – nesses casos usuários, ACSs, médicos, enfermeiros e demais personagens desses cenários – em um mesmo patamar de valorização e de detenção de saberes. Observa-se que os usuários em sofrimento psíquico ainda são “pacientes” no processo de cuidado, e raramente suas experiências de vida e desejos são considerados, bem como nem sempre são escutados como conhecedores ativos de seus próprios problemas e potências. Nesse

<sup>18</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada no CAPS SBC em 17 de setembro de 2015.

sentido, foi possível perceber, durante as oficinas, que as ACS, por vezes, se veem também como “pacientes”, por não se sentirem reconhecidas como profissionais produtoras de saberes, isto é, vozes ativas que operam na saúde.

Assim, buscando valorizar a troca de saberes, foi sugerida, na oficina *Prática, Ação e Equipe*, uma atividade denominada *Rede: fortalecendo as trocas em equipe*, que teve como finalidade estimular o trabalho em equipe, considerando a importância e a potência da articulação efetiva dos serviços da RAPS e buscando “[...] potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2009b, p. 4). A atividade foi realizada pelas ACS, consistindo num conjunto de perguntas como: “Por que devemos realizar um PTS único no território? Como trabalhar em rede potencializando o cuidado em saúde mental? Por que manter parceria com os demais serviços de saúde potencializa o meu trabalho?”. Esta atividade ocorreu atrelada a três estudos de casos diferentes, sugeridos pela pesquisadora, e a participação das ACS foi rodiziada de três maneiras – individual, em dupla e em equipe – com a intenção de explorar os modos de trabalho singular, em parceria e em equipe, aludindo ao trabalho em rede.

**Figura 5** – Oficina *Prática, Ação e Equipe*, com a atividade *Rede: fortalecendo as trocas em equipe*.



Fonte: Fotografias da autora.

Em meio a esta oficina, os saberes de cada ACS foram valorizados durante seu compartilhamento, evidenciando o quão importante é reconhecer as atribuições desta categoria profissional, afinal, isso pode contribuir, inclusive, para uma diferença no cuidado do usuário da saúde mental. Como retratado abaixo, a atividade *Rede: fortalecendo as trocas em equipe* deu ênfase justamente às narrativas das ACS, tratando-as como vozes potentes para as transformações necessárias da articulação da saúde no território:

Discutimos e refletimos sobre estas experiências, possibilidades e preferências sobre cada estilo. Esta atividade me mostrou o quanto é a rica a troca de experiência, a troca de saberes mesmo. As ACS buscaram soluções que, provavelmente, a equipe do CAPS não pensaria inicialmente e que poderia mudar todo o rumo do acompanhamento. (Pesquisadora)<sup>19</sup>

Você, lendo as nossas próprias frases, é muito importante porque estimula a gente a agradecer: “Obrigada! A sua companhia é boa, seu trabalho é importante.”, porque nós mesmas não nos elogiamos; por isso que não recebemos elogios. A gente cobra isso, mas também nós não fazemos isso. Reconhecer o trabalho da nossa colega é importante. E fica muito mais divertido quando a gente faz junto. (ACS 1)<sup>20</sup>

Machado e Wanderley (2014) afirmam que, quando se pensa em articulação da rede de saúde, os saberes profissionais e domínios específicos, pensados de maneira isolada, não bastam, especialmente na órbita do SUS. Torna-se necessário, então, pensar em estratégias e métodos que somem os saberes, englobando todos os atores envolvidos no cenário do território e os “[...] problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade” (MACHADO; WANDERLEY, 2014, p.02).

Observo que, por vezes, este profissional se sente só em sua atuação, mas isso não é um fator limitante para “não fazer” [...], que não deixa de agir. Vejo que compreendem o motivo de trabalhar em rede, mas sentem que são desacreditadas, pois buscam outros serviços, após identificar as demandas, e nem sempre obtêm as respostas aguardadas ou até mesmo não se sentem ouvidas. (Pesquisadora)<sup>21</sup>

Na oficina *Cartografia de Forças*, o grupo desenvolveu a atividade *Construção do Ecomapa: traçando caminhos*. Através de um estudo de caso, e utilizando como dispositivo o ecomapa, foi proposto traçar criativa e coletivamente trajetórias de percursos. A proposta buscava fomentar no grupo a construção de um mapa de lugares de cuidado possíveis no campo da pesquisa, de modo a identificar todos os pontos conhecidos da rede de saúde e os

<sup>19</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 21 de setembro de 2015.

<sup>20</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>21</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 21 de setembro de 2015.

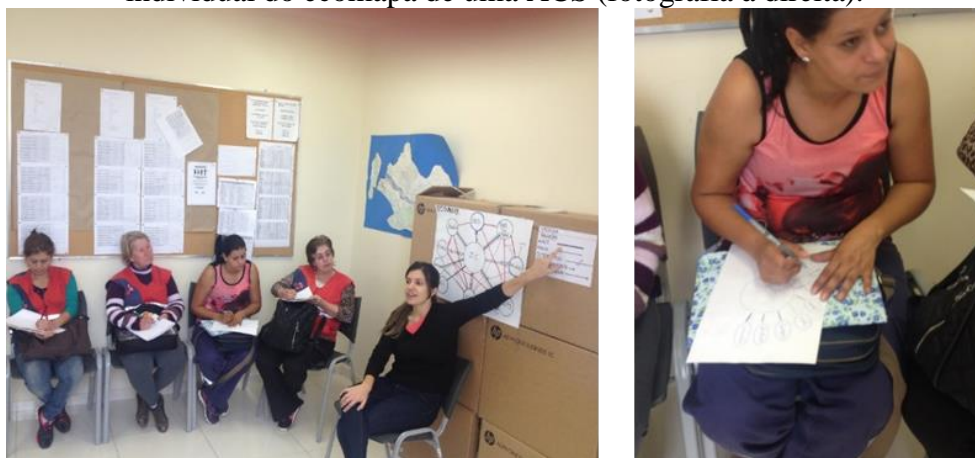
equipamentos, formais e informais, existentes no território, pensando nos ganhos que o sujeito pode obter em suas redes de suporte, convívio e apoio social.

Posteriormente, os participantes, individualmente, tentaram esboçar seu próprio ecomapa, abarcando seus vínculos pessoais, suas relações afetivas, seus valores e seu convívio social. A construção espontânea e narrada das ACS se deu em face das vivências e participações em redes sociais que integram o território que elas habitam. O ecomapa, nesse segmento, se definiu como uma ferramenta capaz de direcionar a percepção de cada indivíduo sobre si mesmo, ou seja, como um dispositivo capaz de expor como cada um se enxerga em suas relações a partir de suas trajetórias cotidianas (SOUZA; KANTORSKI, 2008).

Na construção de um PTS com o usuário em sofrimento psíquico, o ecomapa permite intervenções mais adequadas ao contexto de vida desse sujeito, identificando o que ele traz e não somente o que o profissional identifica. Busca-se avaliar e refletir a qualidade dos vínculos, abrangendo as conexões que o usuário faz com sua rede social e de suporte, por meio da imagem concreta daquilo que é narrado. Na elaboração do PTS, é possível, junto ao usuário, identificar problemas reais e construir soluções criativas, como pontos de direcionamento e intervenções no cuidado (SOUZA; KANTORSKI, 2008).

Para o ACS, o cuidado está muito além de só se pensar a saúde. Este profissional possui a capacidade, talvez por meio da experiência de trabalho, de ter um olhar holístico, isto é, consegue olhar o indivíduo como um todo, considerando suas questões relacionadas a sua saúde, sua vulnerabilidade social, suas redes sociais, seus relacionamentos conflituosos... ou seja, busca auxiliá-los em diversas perspectivas. (Pesquisadora)<sup>22</sup>

**Figura 6** – Momento de construção coletiva do ecomapa (fotografia à esquerda). Construção individual do ecomapa de uma ACS (fotografia à direita).

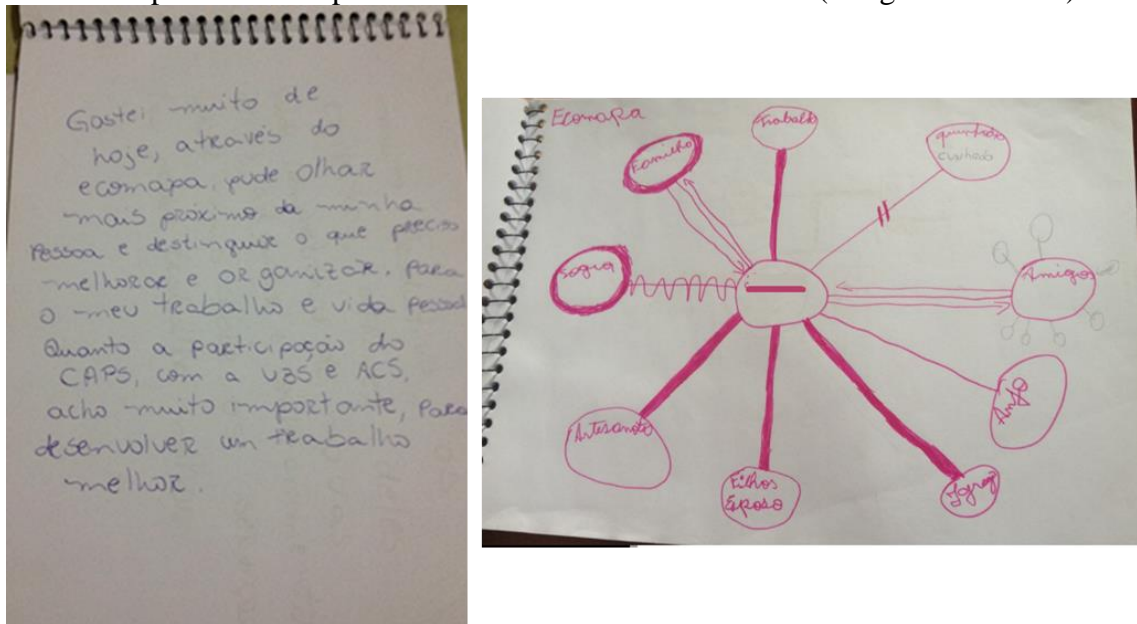


Fonte: Fotografias da autora.

<sup>22</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 28 de setembro de 2015.



**Figura 7** – Descrição da atividade no diário de bordo de uma ACS (fotografia à esquerda).  
Ecomapa desenhado por uma ACS em seu diário de bordo (fotografia à direita).



Fonte: Fotografias da autora.

No decorrer da pesquisa, propondo concretizar as propostas de mudanças, foi sugerida, durante a oficina *Articulação das Redes de Saúde: problemas e criações*, a realização de uma atividade, que tinha como base os modelos de soluções de negócios<sup>23</sup>, para a criação de um projeto de propostas possíveis para a articulação da RAPS. O primeiro estágio do projeto foi destinado à identificação (ou invenção) dos problemas que precisariam ser solucionados, a partir da realidade do que se vive cotidianamente no trabalho. Para norteá-lo, foram utilizadas algumas questões, como base de discussão:

1. Quais as dificuldades de não trabalhar em rede?
2. Que dificuldades podem ser identificadas quando um usuário possui um PTS em cada serviço de saúde?
3. Quais as dificuldades quando um PTS não é construído junto ao usuário?
4. Quais as dificuldades quando as equipes da RAPS não dialogam entre si ou, em outras palavras, não atuam em rede?

<sup>23</sup> Os modelos de soluções de negócios, inspirados por Osterwalder e Pigneur (2011), tratam-se de uma metodologia inovadora no mundo do empreendedorismo, que enfatiza a criação de valores em grupo, ultrapassando modelos tradicionais, transformando ideias visionárias em modelos de negócios.

Na mesma oficina, como segunda etapa da atividade, foi proposto ao grupo criar, coletivamente, estratégias e soluções para os problemas ali definidos, guiada pelas mesmas perguntas.

Solicito que, individualmente, podendo conversar entre os grupos, compartilhem nos *post-its* suas visões e opiniões sem censura, pois o que é registrado na atividade em si é registrado pelo grupo e não individualmente. Ressalto que a construção do nosso projeto se inicia através de um processo criativo, em que críticas, julgamentos e opiniões negativas não possuem espaço neste momento. Esta atividade é dedicada a criação de ideias que não possuem limites para recursos, hierarquias, entre outros – a famosa “tempestade de ideias”. Assim, para criação de nossas propostas, juntas, fomos identificando e criando um grande leque de possibilidades descritas em muitos *post-its* e que, somente depois, iremos filtrá-las. (Pesquisadora)<sup>24</sup>

**Figura 8** – A segunda parte da atividade baseada nos modelos de soluções de negócios, norteada por perguntas estratégicas, já com as primeiras soluções criadas a partir dos problemas que surgiram.



Fonte: Fotografias da autora.

<sup>24</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

**Figura 9** – Diário de bordo de uma das ACS participantes registrando suas notas intensivas vivenciadas nas oficinas.



**Fonte:** Fotografia da autora.

Segundo Kastrup (2001), uma experiência se torna marcante no processo de aprendizagem quando não é reconhecida, isto é, quando ela é “estranhada” e, conseqüentemente, se busca problematizá-la. A aprendizagem não pode ser compreendida somente como uma aquisição de um saber específico, tampouco como uma preparação que tem fim quando se encontra a solução ou se chega a um resultado.

Kastrup (2001) afirma ainda que a aprendizagem dita inventiva é permeada pela experiência da problematização sobre um determinado contexto. Todavia, ela não se esgota ao resolver a questão; é imprevisível e caminha ao lado de dois aspectos, sendo eles a invenção dos problemas e a produção de meios de solucioná-los, de modo que se prolonguem seus efeitos nas práticas do cotidiano, como “potência de problematização”, para os demais problemas que virão.

A atividade supracitada, seguindo a perspectiva de Kastrup, permitiu ao grupo que se envolvesse nas temáticas discutidas a partir dos problemas que ele mesmo inventou, estes relacionados às dificuldades existentes e de conhecimento geral sobre a articulação com os serviços da RAPS e da inserção efetiva do usuário em sofrimento psíquico, como um usuário de direitos à atenção integral em saúde, no SUS. Da mesma forma, o grupo passou a criar, coletiva e individualmente, mediante os impasses identificados, soluções pensando no projeto

possível para o território. Tais propostas propiciaram uma rica vivência, de forma inventiva e cocriativa<sup>25</sup>, como relatado abaixo:

Minha experiência junto às ACSs me permitiu entender que a aprendizagem inventiva busca novas formas de realizar as ações; permite-se inventar problemas, buscar soluções e vivenciar novos hábitos que façam sentidos e que ficam. As ações podem retroceder, mas os pensamentos dificilmente o farão. (Pesquisadora)<sup>26</sup>

A oficina *O Território como Cenário de Cuidado* deu continuidade à oficina anterior, fazendo com que o grupo buscasse finalizar o projeto coletivo, organizando e elaborando as propostas possíveis para a RAPS e o cuidado no território. Desta forma, foram repensados os problemas e lembradas as propostas possíveis desenvolvidas individualmente ou em grupo, propondo à construção de um projeto que ficasse para o território.

Vale ressaltar que, nesta construção, existiu também a preocupação do grupo de pensar em propostas que pudessem ser utilizadas em outros territórios, por outras UBS, outros profissionais de saúde inseridos na articulação da RAPS [...]. No decorrer da atividade, me encanto com o envolvimento e dedicação, para que as propostas sejam finalizadas de forma clara, efetiva e bem elaboradas. (Pesquisadora)<sup>27</sup>

A oficina *(Re)pensando a Prática* deu prosseguimento às oficinas anteriores, conduzindo o grupo à finalização do projeto coletivo proposto para a RAPS do território – que será apresentado integralmente na seção *Desafios e Estratégias para a RAPS*. Era de conhecimento de todos que as oficinas estavam chegando ao fim; então, foi realizada uma pausa para reflexão sobre as vivências e invenções aprendidas até aquele momento.

A oficina do dia possibilitou a análise das presumíveis transformações da rotina, dos paradigmas e do processo de trabalho à cada participante e para todo o grupo. As práticas e as problematizações foram lembradas, demonstrando que a realização conjunta de cada processo e a abertura para que as oficinas fossem moldadas a cada encontro foram fundamentais para a participação e construção coletiva.

Me contento com as sugestões de que as oficinas não devam cessar em nossos encontros, mas que outras UBS possam conhecê-las para vivenciarem as mesmas experiências e criarem seus próprios projetos. [...] A proposta da oficina de hoje

<sup>25</sup> Uma cocriação nada mais é do que uma forma de criação que acontece quando um grupo de pessoas se conecta para agregar inovações de valores e conteúdo, recebendo em troca os benefícios dessas contribuições, como a própria inovação em suas práticas de atuação e/ou a promoção e validação de suas ideias (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011).

<sup>26</sup> Dados do Diário de Bordo. Pesquisa realizada em UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

<sup>27</sup> Dados do Diário de Bordo. Pesquisa realizada em UBS SBC em 26 de outubro de 2015.

permitiu que pudéssemos observar que algo acontece nestes encontros: muito se desenvolve e nós nos desenvolvemos. (Pesquisadora)<sup>28</sup>

Na mesma oficina, foi realizada a atividade *Caixa de Ferramentas*, que consistiu em uma espécie de retrospectiva daquilo que se vivenciou durante os encontros. A caixa de ferramentas do título da atividade era uma caixa com diversos papéis, cada um com uma das palavras que foi construída coletivamente nos rituais de finalização das oficinas anteriores. Foi solicitado a cada participante que escolhesse, aleatoriamente, um papel dentro da caixa, lesse-o e narrasse ao grupo o quanto aquela palavra representava (ou não) os momentos propiciados pelas oficinas. Na caixa de ferramentas, foram colocados, também, papéis em branco. Pretendia-se, com o sorteio destes, a possibilidade de o sorteador escolher uma palavra que melhor representasse aqueles momentos.

Em meio ao sorteio e à narrativa das palavras, aconteceram diversas discussões, como a proposta de compartilhar o cuidado em rede e não somente por serviços, o entendimento de que o ACS se tratava de um profissional multiplicador que deveria dar, por conseguinte, ênfase ao seu saber e às vivências direcionadas à comunidade, família e demais profissionais, a compreensão da importância do afeto, dos valores e das relações, as expectativas em relação ao que estaria por vir etc. Um dos papéis em branco sorteados foi atribuído do significante *esperança* por uma das ACS, como se demonstra a seguir:

Pra mim, quer dizer esperança, paz de uma manhã melhor, porque já faz cinco anos [...] que já estou nessa profissão e já vi muita mudança, e sempre pra melhor. Tanto com os meus amigos de trabalho, a equipe em geral... A união é entre todos! É o que faz a nossa UBS andar. E, hoje, eu sinto muita diferença nisso [...]. Você atende mil, só que só dois você conseguiu ajudar; esses dois já fazem uma grande diferença pra mim. Então esse branco é a esperança e a paz de uma manhã melhor. (ACS 9)<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

<sup>29</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

**Figura 10** – ACS narrando o significado da palavra *recomeçar*, sorteada na caixa (foto superior à esquerda). Grupo apresenta o resultado final da junção de todas as palavras sorteadas (foto superior à direita). Confecção da atividade (foto inferior à esquerda). ACS faz uma narrativa sobre a palavra *cumplicidade*, sorteada entre as palavras da caixa (foto inferior à direita).



Fonte: Fotografias da autora.

A última oficina, *O Que Faremos com o Que Aprendemos?*, foi dividida dois momentos, sendo o primeiro de atividades com as ACS e o segundo, de apresentação do anteprojeto às equipes e gerente da UBS e miniequipe do CAPS. Para a realização deste encontro, as ACS foram convidadas a decorar o cenário de pesquisa em conjunto, como já realizado em outras vivências. Na parede da sala, foram coladas fotografias representando as lembranças de cada momento, tornando-as ainda mais vivas.

**Figura 11** – Preparação e organização das fotografias para o último dia de oficina.



Fonte: Fotografia da autora.

Em clima de confraternização, foi concluída, ainda neste dia, a atividade *Cuidando do Outro*, onde cada participante revelou qual colega havia cuidado com maior proximidade e intensidade naquele período. Os cuidados se prolongaram nas declarações, nos elogios, abraços e mimos, como as próprias abaixo mostram.

**Figura 12** – Revelação da atividade *Cuidando do Outro*.



Fonte: Fotografias da autora.

Ainda neste encontro, repetiu-se a atividade *Cenas Temidas*, que havia sido realizada no terceiro dia de oficina, e os resultados, evidenciados em cada desenho, nada mais são do que os retratos subjetivos e personalizados de cada ACS inserida no processo.

**Figura 13** – Desenhos realizados no diário de bordo das ACS representando o contraste de percepções e sensações descritas pela segunda vez na atividade *Cenas Temidas*.



Fonte: Fotografias da autora.

As primeiras atividades do dia foram uma preparação para o momento que estava por vir, visto que o grupo apresentaria oficialmente as novas propostas pré-definidas sobre as ações relacionadas ao processo de trabalho e de articulação da RAPS para os profissionais convidados a participar desta segunda parte do encontro.

O grupo compreendeu que as propostas deveriam ser entendidas como “pré-definidas”, uma vez que precisavam ser consolidadas não só por aquelas que o compunham, mas pela gestão do serviço e pelos demais profissionais da equipe, assim como pela miniequipe do CAPS. Este momento foi regado de devolutivas não somente sobre a metodologia utilizada na pesquisa, mas também sobre as vivências de cada participante relacionadas às novas estruturas habituais, aos paradigmas modificados e às mudanças de lugar, como descrito no trecho do diário de bordo a seguir:

Vivenciando estas experiências com as ACS, reflito sobre a compreensão de nosso papel no dia a dia. Por vezes, entendemos que, mesmo insatisfeitos, não conseguimos encontrar outra escolha a não ser assumir um papel que corresponda às expectativas do outro, seja do chefe, de colegas de trabalho, da comunidade e de outros serviços da rede. [...] Parte destas profissionais me contam ser ACS há pelo menos há 4 anos; logo, me pergunto há quanto tempo estão insatisfeitas com as trocas e articulações feitas com a rede [...]. Hoje, pudemos questionar o caminho que traçamos coletivamente neste percurso de oficinas, assim como se é nele que desejamos continuar. O que faremos com o que aprendemos em conjunto? (Pesquisadora)<sup>30</sup>

Por fim, o grupo recebeu no espaço da oficina os usuários em sofrimento psíquico convidados para os encontros e os profissionais pertencentes à miniequipe do CAPS que referenciavam aquele território (duas técnicas de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma psicóloga). É importante frisar que a pesquisadora, anteriormente, fez parte daquela equipe, até que passou a ser gerente de outro CAPS do município, espaço em que se mantém lotada atualmente.

Durante a apresentação das propostas, que foram pouco questionadas, demonstrando ter a aceitação de todos, foi possível refletir sobre cada participante das oficinas e sobre as transformações em seus olhares e falas referentes ao cuidado em saúde mental. A ambição de tornar os serviços da RAPS parceiros não estava sendo endossada somente pelos desejos da pesquisadora, mas também pelas respostas potencializadas nas falas de cada ACS.

Nada mudará de verdade se os pensamentos não mudarem. A mudança que o ACS deseja ter na articulação da RAPS no município deve começar por ele. Se as perspectivas e as expectativas forem as mesmas apresentadas em nosso primeiro dia de oficina, de nada valeu este processo [...]. Entendemos que não há cursos, fórmulas

---

<sup>30</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.



ou rituais que mudarão a forma como cada profissional ali pensa; as transformações virão de cada um e através das próprias relações, dos contatos, seja com a comunidade, com os serviços da rede, com os próprios colegas ou, até mesmo, através da história de vida de um usuário em sofrimento psíquico. Os percursos traçados também devem fazer parte das escolhas do ACS. A questão é se hoje eles conseguem se enxergar protagonista nestes caminhos ou não. (Pesquisadora)<sup>31</sup>

Realizar uma pesquisa tendo a Educação Permanente em Saúde como estratégia norteadora de suas técnicas – neste caso, as oficinas – possibilita que a construção seja coletiva do início ao fim do estudo. Foi possível perceber, através desta prática investigativa, que a participação das ACS em cada oficina e a troca de conhecimentos e experiências intensifica a aprendizagem, sobretudo mediante à identificação dos problemas identificados e à conjectura de soluções, buscando, a todo momento, fazer sentido e provocar (auto-)reflexões e mudanças internas e externas.

A cada encontro, me surpreendo com a dedicação e potência deste profissional. Digo isso por vários motivos: em nossas oficinas, essas ACS realizam as atividades propostas de maneira tão disponível e produtiva; é algo que me faz pensar que estar neste espaço faz mesmo muito sentido para elas. (Pesquisadora)<sup>32</sup>

Motivar o grupo a procurar soluções para os problemas inventados em um coletivo tornou este processo provocativo e inspirador. Foi possível entender que, se por um lado existe um cenário que apresenta dificuldades compreendidas, muitas vezes, como sem solução, por outro, há a possibilidade de pensar e contribuir coletivamente para a promoção de mudanças. Nesse sentido, em todas as atividades, não haviam limites prévios para a invenção, ou seja, a proposta era que as soluções fossem inventadas a partir daquilo que surgisse de forma subjetiva, seja por insights, seja pelas discussões compartilhadas, sem julgamentos e censura.

Feuerwerker afirma que, quando se “[...] fabrica em ato, ao vivo e a cores, coisas interessantes e não interessantes, no cotidiano do trabalho”, também se aprende a aprender com essas experiências positivas ou não. Nesse segmento, constrói-se, durante todo o tempo, “um modo de ser e estar” inserido em um cotidiano de um sistema que se configura a partir daquilo que se recolhe dessas experiências (COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDEa, 2014). É nessa significação que a prática supera a simples teoria e que a aprendizagem inventiva ocupa seu lugar no desenvolvimento de resultados providos pela tensão entre as formas existentes, os abalos, as inquietações e os estranhamentos que afetam o seu processo (KASTRUP, 2001).

---

<sup>31</sup> Dados do Diário de Bordo. Pesquisa realizada em UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>32</sup> *Idem.*

Compreende-se, então, que a pesquisa, via Educação Permanente em Saúde, tendo seu desenvolvido preparado em conjunto com os participantes, provoca a construção de um processo de potências de relações entre os diversos atores, o qual pode se manter vivo, inclusive, após o término do estudo. Levando-se em conta este pressuposto, foi possível perceber, nesta pesquisa, que a estratégia da Educação Permanente torna os processos formativos um processo de invenção coletiva, de construção em conjunto, que valoriza as relações e o papel de cada participante.

Aos poucos, vamos percebendo que as chances de mudanças aumentam quando nós mudamos internamente, desejamos e nos comprometemos a vivenciar e rever as nossas práticas a partir de uma experiência comunitária, mesmo que essa comunidade se resuma, neste momento, ao nosso grupo. (Pesquisadora)<sup>33</sup>

Os recursos utilizados durante a oficina, como vídeos e fotografias, se colocam como ferramentas que as ACS podem utilizar de modo a se manterem como multiplicadoras das ações e discussões vividas durante as oficinas. O próprio grupo solicitou o compartilhamento destes materiais para que, então, pudesse apresentar para as equipes da UBS, à comunidade e aos seus familiares e amigos. O entusiasmo em compartilhar uma RAPS que dá certo se mostrou presente a cada encontro, e aproximação das participantes, neste contexto, foi fortalecida através do estabelecimento de vínculos e da aproximação com os usuários.

Eu acho, assim, que a gente tem que ser multiplicador, né? Tudo o que a gente aprendeu nesse tempo que ficamos juntos, temos que ir distribuindo, né? Na comunidade, né? Nas famílias! Porque foram temas muito interessantes, e a gente precisa ser multiplicador de tudo isso pra dar continuidade a tudo o que eu a gente aprendeu aqui. (ACS 7)<sup>34</sup>

Como importante registro, o uso da fotografia, além de ter, naquele momento, o objetivo de transmitir as sensações de nossas vivências durante as oficinas, mostrou-se como um analisador e como um instrumento de feedback em relação aos resultados esperados e gerados em cada participante da pesquisa. (Pesquisadora)<sup>35</sup>

Da mesma forma, as participantes sugeriram, durante os encontros, que as oficinas fossem ofertadas a outros ACS, a outras UBS e a outros territórios, evidenciando, pois, a compreensão da importância de compartilhar este cuidado e intensificar a articulação com os serviços que compõem qualquer RAPS. A cada encontro, foi possível observar o crescimento

---

<sup>33</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>34</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>35</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

do desejo das profissionais pesquisadas de aproximar das discussões como parceiras do cuidado integralizado e, mais ainda, como parceiras do Movimento da Luta Antimanicomial.

Fiquei pensando se você tá passando isso pra outras unidades ou se está pensando em passar pra outras, porque a gente já tá vendo uma melhoria já, né? Com esse trabalho. Porque, se isso não tá acontecendo em outras unidades, deveria estar acontecendo, porque já estamos vendo mesmo, porque a gente está vendo melhorias com isso aí. (ACS 3)<sup>36</sup>

Me contento com as sugestões de que as oficinas não devam cessar em nossos encontros, mas que outras UBS possam conhecê-las, para vivenciarem as mesmas experiências e criarem seus próprios projetos. (Pesquisadora)<sup>37</sup>

Aproximadamente quatro meses depois da última oficina, como já havia sido proposto, a pesquisadora retornou à UBS e desenvolveu um encontro designado como *Expressão e Parceria*. Realizado como uma roda de conversa de livre discussão, este encontro buscou identificar, observar e analisar, a partir dos relatos e discussões, as mudanças efetivas que as oficinas proporcionaram nos espaços de troca e aprendizagem. Dividido em dois momentos, o encontro contou com a participação das ACS que compuseram o grupo de pesquisa, ou seja, aquelas que pertenciam às duas equipes mencionadas anteriormente, e, mais adiante, com a participação de um dos usuários que haviam sido convidados para as oficinas e com a presença da miniequipe do CAPS e da terceira equipe da UBS, que não pôde participar dos momentos anteriores por questões relacionadas ao horário e à decisão da gestão.

No primeiro momento, a pesquisadora apresentou ao grupo algumas narrativas que surgiram ao longo dos encontros, as quais foram divididas em categorias para possibilitar o delineamento inicial da análise de dados da pesquisa. As categorias expostas foram: *Medos, Desconhecimento e Despreparo; Luta Antimanicomial; Desejo de Ajudar; Necessidade de Ser Cuidado, Devolutiva/Feedback da RAPS; Família; Reconhecimento; Expectativas da Pesquisa;* e *Resultados*. Em um espaço de compartilhamento de devolutivas e reflexões, o grupo foi identificando cada etapa atrelada ao momento atual.

Aquilo que, inicialmente, fora compreendido como problema, aos poucos foi se transformando em estratégias de ações. Notou-se que as propostas traçadas nas oficinas já faziam parte da rotina. Conversar sobre a intervenção oportunizou, então, a cada profissional

---

<sup>36</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>37</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

que olhasse para si mesmo e para o mundo, que se percebesse em relação aos seus hábitos e às suas rotinas e paradigmas.

Foi possível observar na prática o planejamento das oficinas que foram organizadas estrategicamente, de modo que o grupo pôde acompanhar sua evolução. Em cada momento relembado, as ACS foram, uma a uma, se reconhecendo, expressando seus desejos e impasses, trocando experiências e vivências e compartilhando conhecimentos. Elas estiveram inseridas em um espaço que teve princípio, meio e fim, tratando-se este último de um momento necessário, haja vista que um período precisa se encerrar para que outro se inicie.

Já no segundo momento deste encontro, com a chegada dos demais convidados, a roda caminhou para discussões e reflexões acerca das ações coletivas no cotidiano de trabalho. Nesta discussão, compreendeu-se que as experiências vividas nas oficinas fizeram sentido e tiveram sua relevância delineada na prática de todos os atores envolvidos (gestão, equipe e usuários); também se tornaram um reflexo dos resultados daqueles encontros – resultados para além dos participantes da pesquisa.

As falas e as práticas atuais me remeteram aos objetivos iniciais da minha pesquisa. Me contento em notar que minha hipótese em relação à potência das oficinas por meio da Educação Permanente em Saúde estava, ao que tudo indica, caminhando de maneira muito positiva. (Pesquisadora)<sup>38</sup>

Com a roda de conversa se desenvolvendo como *feedback* dos encontros, foi possível colher materiais concretos e subjetivos que permitissem concluir que as oficinas, como ferramentas para a metodologia, se mostram como um potente processo de aprendizagem inventiva e significativa, especialmente ao demonstrar que todo profissional é formador de conceitos e, portanto, possível multiplicador. Além disso, esse tipo de metodologia possibilita afirmar que ações coletivas entre os ACS, propondo ao protagonismo na articulação da RAPS junto a ABS, promovem e estimulam o cuidado integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico no território.

#### **4.2. A Reforma Psiquiátrica e a Rede Territorial: caminhos para a concretização de uma antiga ideologia**

Sim, sou muito louco, não vou me curar  
Já não sou o único que encontrou a paz  
(BAPTISTA; LEE, 1972)

---

<sup>38</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

Meu pai morreu com 15 dias lá dentro [dentro do hospital psiquiátrico]; por isso, eu passei a ser uma pessoa doente depois, entendeu? [...] E a família vai achando que você vai ficando pior... “Minha filha, olha só como ela ficou depois do pai morrer! Olha só, enlouqueceu mesmo!” Mas enlouqueceu assim, pelo modo que eles, nesse hospital, te deixam aparente; então, você fica com olho esbugalhado, você fica toda retorcida, toda tremula, babando. Então, e aí, você não é a figura do louco agora? (Clarinha)<sup>39</sup>

Participante convidada pela pesquisadora, Clarinha, 57 anos, é uma usuária em sofrimento psíquico que foi diagnosticada, aos 19 anos, com esquizofrenia. Seu diagnóstico foi traçado após uma “crise” que ela teve em um hospital psiquiátrico, durante uma visita ao pai que estava internado e havia falecido naquele local. Clarinha passou, então, cerca de 27 anos internada naquele estabelecimento. Anteriormente à internação, ela realizava trabalhos voluntários e tinha o desejo de cursar o ensino superior e se formar como assistente social. Desejos e sonhos estes que foram interrompidos e enclausurados durante um terço de sua vida que passou presa, como moradora de um hospital psiquiátrico.

Então, você ficava condenado, sem ter praticado um crime, entendeu? E, quanto mais você pede uma melhora no seu tratamento, pior eles tratam você. Você não pode reivindicar, você não pode pedir, não pode fazer nada. (Clarinha)<sup>40</sup>

A gente toma eletrochoque, a gente quer se esconder embaixo das camas, pra fugir, porque eles querem catar a gente. Eles catam a força, dá eletrochoque, dá... Deixa a gente sedado na cama... Como fala? Com contenção! Eles fazem isso e ainda dão uma dose fortíssima de medicação. Dá uma injeção, sabe? Por quê? Porque você tá reclamando: “Oh, isso não tá bom pra mim. Esse remédio tá me fazendo mal. Olha como eu estou? [...]”. Porque, no dia que eu conversei com médico, ele disse: “Você vai ficar três dias dormindo.”. Mas eu não fiquei três dias dormindo; eu fiquei três dias dopada, com essa reação do extrapiramidal, que hoje eu conheço a bula da medicação. Dali, eu perdi dente; dali, eu sangrei a boca; dali, eu... Ele fez de propósito, porque eu falei pra ele: “Você deu já uma dose fortíssima.”. (Clarinha)<sup>41</sup>

Outro participante, Marcos, 59 anos, sonhava em ser mecânico. Porém, suas mais de 45 internações nos mais diversos hospitais psiquiátricos, durante longos anos, o impediram de concretizar seus sonhos.

Eu não sei muito bem, mas acho que [foram] umas 45 [internações] em hospital psiquiátrico. Mais ou menos isso! Tem tanta coisa que passei, mas, se não fosse pela minha força, minha braveza e eu deixasse correr do jeito que estava acontecendo lá no hospital, eu não estaria vivo, não estaria mais aqui. Estaria morto. (Marcos)<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.

<sup>40</sup> *Idem.*

<sup>41</sup> *Idem.*

<sup>42</sup> *Idem.*

Considerando os relatos acima, que evidenciam como é importante repensar o modelo substitutivo extra-hospitalar, este capítulo se propõe a apresentar, brevemente, o percurso percorrido pela Reforma Psiquiátrica, sobretudo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda que este seja um tema debatido e destrinchado diversas vezes e por tantos autores, o que se pretende aqui é descrever a vital necessidade de modificações efetivas quanto ao modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico e direcionado ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Essa descrição será sustentada em relatos gentilmente compartilhados pelos usuários convidados: narrativas sobre suas histórias de vida e sobre o tratamento desumano que lhes foi ofertado após diagnósticos que os rotularam e os obrigaram a embarcar em uma forma de vida trancafiada em espaços passíveis de violência, traumas e cronificação.

Sobre a realidade dos manicômios, Amarante (2007) reproduz a metáfora criada por Franco Basaglia<sup>43</sup> no início da década de 1960, na Itália, sobre as longas internações e histórias de vidas contidas nos hospitais psiquiátricos. A fábula basagliana retrata uma “[...] serpente que entrou pela boca de um homem enquanto este dormia e se alojou em seu estômago. E daí passou a comandar a sua vida, seus desejos, seu destino” (AMARANTE, 2007, p.55). Segundo o autor, Basaglia, valendo-se da simbologia da serpente, a compara aos processos de funcionamento e de “mortificação” das instituições psiquiátricas fechadas.

Durante os encontros nas oficinas, Marcos contou ao grupo que a realidade dos hospitais psiquiátricos, com a qual conviveu durante suas últimas internações, não é muito diferente daquela aludida por Basaglia na Itália dos anos 1960. As lembranças de suas vivências e as marcas de suas experiências em locais tão inóspitos são carregadas por ele ainda hoje.

Ah, lá por 2007, eu pegava o carro forte lá na UBS. Passava lá no PA e, de lá, já me mandavam pro HP. Então, eu ficava praticamente três meses lá dentro e dois meses fora, catando reciclagem com carrinho. Ganhava o dinheirinho pra comprar uma pinga, groselha e limão, e ficava no meu quatinho lá, dois, três dias bebendo, sem comer nada [...]. Chamavam, e eu só ali dentro. Isso! Minhas internações, maioria das vezes, era por causa de bebida, né? De paixão, de namoro que tive com uma enfermeira lá. Isso aí me afetou muito, né? Me afetou. (Marcos)<sup>44</sup>

É briga, é quebra-pau, é gente que sai morta, é uma coisa, assim, diabólica! Mas eu já ouvi falar que já foi pior. Contavam que tinha uma salinha onde os pacientes mais ruins eles jogava lá dentro, trancava a porta e fechava. (Marcos)<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Segundo Amarante (2007), Basaglia iniciou as experiências italianas no início da década de 1960, na cidade de Gorizia, no norte da Itália, acompanhado de outros jovens psiquiatras, propondo a reforma de hospitais psiquiátricos existentes em toda a região, comparando esses estabelecimentos a prisões e campos de concentração. Tais movimentos tornaram-se o norte e os fundamentos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

<sup>44</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.

<sup>45</sup> *Idem.*

Ainda utilizando a metáfora da serpente, Basaglia teria afirmado que ela “[...] não poderia ser combatida através de medidas administrativas ou de humanização”. Diante dessa conclusão, ele, junto a outros profissionais de saúde, iniciou os movimentos contra a psiquiatria, não somente como tratamento, mas enquanto ideologia.

Conforme Amarante,

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 56)

Amarante (2007) acrescenta que as proposições de Basaglia levaram-no a compreender que a instituição psiquiátrica se configurava como um espaço que se dividia basicamente em classes: “opressores e oprimidos, exploradores e explorados”. Isso fez com que ele também supusesse que o estado de cronificação e a destruição dos pacientes internados era interessante ao sistema. Esses fatores revelavam-se produtos da vida institucional, e não da doença mental. Nesse segmento, as discussões sobre as dificuldades de definir os “limites entre a loucura e sanidade”, levando-se em conta a forma de tratamento nas instituições fechadas, a ausência de critérios diagnósticos e a falta de definições para internação e durabilidade, se fortaleceram e o cuidado em hospitais psiquiátricos, assim como a psiquiatria, começou a perder espaço e credibilidade, dadas as constantes denúncias relacionadas à violência e à violação dos direitos dos pacientes internados.

Impulsionado principalmente por Basaglia, teve início o Movimento da Luta Antimanicomial cuja marca são as críticas radicais e as transformações dos saberes relacionados ao sofrimento psíquico. A partir desse movimento, passou-se a reconhecer os hospícios como instituições violentas que cumpriam a função (e ainda cumprem) de segregar, de excluir e de manter em isolamento social o sujeito dado como louco. Além disso, com ele, nasceu a Reforma Psiquiátrica, que surgiu com vistas a denunciar os contextos manicomiais e a reivindicar a criação de uma rede de cuidados na comunidade com uma atuação pautada nos direitos humanos em saúde mental e no resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Iniciada na Itália, a Reforma Psiquiátrica ecoou-se por todo mundo, e, de maneira intensiva, no Brasil, na década de 1970, sendo um marco de “[...] transformações éticas nos modos de tratamento” e na Política de Saúde Mental (AMARANTE, 2007, p.58). Com a mobilização dos profissionais de saúde mental e com depoimentos e saberes de alguns usuários

em sofrimento psíquico que passaram pela experiência vivida em internação psiquiátrica, este movimento passava a se “[...] inscreve[r] no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social”, com o finalidade de “[...] romper com a violência e a segregação” em ambiente asilar e modificar as formas de lidar com o sofrimento psíquico: “[...] das celas para as salas, do hospital para a comunidade, da internação à reabilitação, dos ‘eletrochoques’ às oficinas, passeios e festas, do modelo biomédico à interdisciplinaridade, do estigma à inclusão” (NOAL, 2014, p.28) e, sobretudo, da marginalização à reintegração social e a cidadania dos pacientes em sua comunidade (GALLETTI, 2004; ASSOCIAÇÃO DE VOLTA PARA CASA, 2016).

Durante as oficinas, na prática investigativa, os usuários convidados contaram que a realidade institucional supracitada ainda persiste e que, há até pouco tempo, viver entre os muros do manicômio era a única opção para muitos doentes mentais. Segundo eles, o confinamento asilar era o destino trágico comum e certo às pessoas em sofrimento psíquico.

Então, eu fui lá [no hospital psiquiátrico localizado no município onde esta pesquisa foi realizada] recentemente e é uma ilusão [...], porque eles tentaram fazer uma reforma ali no feminino, uma reforma, quer dizer, aparente, né? [...] Você vai ver paredes com tapumes, assim, correntes com cadeados... Bem, uma coisa bem fria. (Clarinha)<sup>46</sup>

Eu entrei lá [no hospital] em 2013. [...] Tinha, assim, um subterrâneo, um espaço mais embaixo pra entrar com vários meninos internados e uma menina só... Aquela menina, fazia um ano e oito meses que estava ali [...]. Agora, veja: ela tinha banheiro e chuveiro comum com eles. Tinha ali dentro, naquele mesmo espaço, e sem porta. Ela sofreu o que eu estava sofrendo, entendeu? E os meninos ficavam todos contidos, reclamando. Tudo espancado, naquela sala trancada. (Clarinha)<sup>47</sup>

A luta pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos não indica a dispensabilidade de estabelecimentos de saúde mental, mas, sim, a necessidade de substituição de um sistema que “[...] homogeneíza, padroniza e tolhe suas produções subjetivas [as produções subjetivas de seus internos], condicionando e determinando muito de seus comportamentos dentro e fora das instituições” (DALMOLIN, 2006, p. 12). A luta pela desospitalização é também uma luta por espaços de cuidado que busquem itinerários norteados por estratégias solidárias, humanizadas e libertárias.

Nos encontros, buscou-se compreender a história que vem sendo traçada sobre o cuidado voltado ao sujeito diagnosticado com algum sofrimento psíquico grave, que é contada

---

<sup>46</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.

<sup>47</sup> *Idem.*



não a partir da teorização de quem diagnostica os sintomas observados, mas através do olhar daqueles que vivenciam a situação de sofrimento mental, evidenciando, assim, o quanto o modelo de atenção em saúde mental desconsidera, ainda e por vezes, a autonomia e a liberdade “[...] como elementos necessários às expressividades do sofrimento e à centralidade dessas pessoas” (DALMOLIN, 2006, p. 12). Buscou-se, nas oficinas, também refletir, dentro dessa realidade que os usuários compartilharam com o grupo, a importância da ruptura, haja vista as cicatrizes que as instituições psiquiátricas deixaram em suas vidas e nas de muitas outras pessoas.

Perto de uns 27 anos vivendo este tipo de tratamento, assim, condicionado a perdas [...], você fica atrofiado. Até você recuperar o hoje, aqui fora, é muito difícil. Não é fácil, não. [...] Eu fui pra casa, eu fiquei seis meses acamada, né? Eu não saía na porta de casa. Eu não queria sair de casa, porque eu tinha rejeição do mundo, da vida, de tudo. A família se comunicava e eu não tinha comunicação. (Clarinha)<sup>48</sup>

A gente já contou a tortura que a gente passou, né? Se não tivessem me tratado como alguém que tem esquizofrenia e tivessem me dopado de *Haldol*, isso foi me destrutando até eu ficar uma paciente crônica. É o que acontece com a maioria dessas pessoas que também entraram com uma queixa inicial não tão grave e acabam se tornando pacientes graves. (Clarinha)<sup>49</sup>

A Política Nacional de Saúde Mental, sustentada na Lei Federal n. 10.216, de 2001, e pautada na Declaração de Caracas<sup>50</sup>, propõe potencializar os direitos e a proteção do indivíduo em sofrimento psíquico, buscando, para isso, garantir que seu tratamento seja realizado com “humanidade e respeito” e que ele venha a ser reinserido em seu meio social (BRASIL, 1990). Nesse viés, torna-se dever do Estado possibilitar o “[...] desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde” às pessoas em sofrimento psíquico por meio de instituições ou unidades abertas que ofereçam assistência em saúde, possibilitando alcançar sua “[...] recuperação pela inserção na família, no trabalho” e no território mediante um modelo de “[...] atenção à saúde mental aberto e de base comunitária” (BRASIL, 2001, p.1).

<sup>48</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.

<sup>49</sup> *Idem*.

<sup>50</sup> Em 1990, a Declaração de Caracas foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na cidade de Caracas, na Venezuela, através de um documento intitulado *A Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, que destacava, entre os pontos apresentados, a necessidade da “reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde”, visto que a assistência convencional “[...] não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”. Ademais, o documento ressaltava que “a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990, p. 1-2), o que deu força aos movimentos antimanicomiais de todo o continente americano.

Doía muito, hein?! Não era fácil, não. E, com a vinda e a mudança do sistema de tratamento de saúde mental, revolucionou e mudou completamente, porque o usuário do sistema de saúde tem a liberdade. Ele é livre! [...] Mas, acima de tudo, é livre. A pessoa sente que ela é livre. (Jorge)<sup>51</sup>

Com uma longa trajetória de conquistas e avanços, mas também de perdas e retrocessos, a Reforma Psiquiátrica deu vazão a incômodos e receios relacionados ao estigma secular da loucura. Paiva (2007) assinala que os “[...] medos da sociedade, que pareciam controlados pelo manicômio”, renasceram atrelados aos “[...] mitos de periculosidade e invalidação social” relacionados à imagem popular do louco. Foi o que demonstraram duas ACS em fragmentos de suas falas:

Tenho medo da reação, mesmo, da pessoa ao ser abordado pelo ACS ou por outro funcionário da saúde mesmo, porque ele vai ter aquela imagem de que, quando alguém se aproximar dele, vai ser pra dar injeção nele, pra ele ficar legal. (ACS 7)<sup>52</sup>

Eu imaginava: “Nossa, esses loucos tudo na rua! Todos esses loucos na rua, vai ficar feia a situação!”. Mas aí descobri que não tem nada a ver. Simplesmente, não tiraram do hospital e jogaram na rua. Existe uma reabilitação pra saírem. O trabalho é muito importante. (ACS 1)<sup>53</sup>

Apesar do percurso percorrido, promovendo mudanças culturais, sociais e políticas, ainda persistem e insistem algumas barreiras relacionadas às formas de compreender a loucura, as quais precisam ser urgentemente superadas. O imaginário social do louco continua estimulando certa resistência por parte de muitos profissionais da saúde em cuidar e ter contato com usuários em sofrimento psíquico, seja por negligência, seja por pré-conceitos e estigmas, seja por desconhecimento sobre o tema e as abordagens de cuidado e tratamento, como declarou uma das ACS que participou das oficinas:

É... Eu tenho temor do recomeço dele, né? Como eles vão ser reinseridos na sociedade depois, se um vizinho não vai ficar falando “Ó lá, o louco! Ó lá, o retardado! Ninguém quer ele.”, e também aperta bastante ele... Eu tenho medo da adaptação desse indivíduo no meio. Eu fico pensando: “Como ele vai, depois que ele sair daquela prisão?”, porque aquilo em que ele vivia era uma prisão, né? “Como que ele vai reagir?”, se tem alguém que vai dar esse suporte pra ele... (ACS 4)<sup>54</sup>

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram encontrados ainda outros inimigos capitalistas, que compõem essa “fábrica da loucura”. Inimigos esses relacionados ao monopólio

<sup>51</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>52</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>53</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>54</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

da assistência psiquiátrica em ambulatórios ou hospitais psiquiátricos particulares ou conveniados ao sistema público, aos lucros descendentes de leitos psiquiátricos ocupados ou vinculados às indústrias farmacêuticas, entre outros setores. Segundo Castro (2015), foi constatada a diminuição de 40% do número de leitos públicos em hospitais psiquiátricos no Brasil desde 2006, tendo em vista os 40.942 leitos em 228 hospitais psiquiátricos existentes na época. Apesar desse avanço, um estudo realizado em 2015 mostrou que ainda há, aproximadamente, “[...] 25 mil leitos em 166 hospitais psiquiátricos” vinculados ao SUS. Os discursos a seguir demonstram como alguns usuários encaram as instituições psiquiátricas, que prevalecem ainda hoje:

Foi uma depressão, mas, hoje, meu médico diz que meu diagnóstico é outro. Eu tenho bipolaridade de afetividade, o transtorno bipolar. Hoje, eu me trato no CAPS, pois o tratamento lá [no hospital psiquiátrico] é péssimo. Realmente, não dá! E a gente fica trancada, e eles tornam a gente um louco. Eu falo isso: é a fábrica da loucura, entendeu? (Clarinha)<sup>55</sup>

Lá, eles chamam as pessoas de rato de laboratório. (Marcos)<sup>56</sup>

Neste sentido, pode-se dizer que, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), ainda não há garantias sobre a aplicação de seus princípios, de maneira efetiva, como se faz necessário, em todos os pontos do país.

O município de São Bernardo do Campo/SP, levando-se em consideração as estratégias e os investimentos políticos, colhe, atualmente, os frutos da reformulação do cuidado em saúde mental, contando com uma rede 100% substitutiva, ou seja, sem vínculo público com hospitais psiquiátricos e sem necessitar de leitos em hospitais gerais, dispondo, pois, de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Entretanto, é sabido que esta é uma realidade incomum no SUS e que, apesar de estruturada, não existem garantias de que será mantida, pois não se sabe se as estruturas são somente físicas e não ideológicas. Conforme o documento intitulado *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*, “[...] os CAPS precisam se construir como serviços fortes, que possuem clareza para onde vão, e que podem muitas vezes ser flexíveis para poder, acima de tudo, garantir o direito do usuário” (BRASIL, 2007).

Entre os desafios relacionados ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico, em especial aqueles encontrados no território explorado nesta pesquisa, está o alto número de

<sup>55</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.

<sup>56</sup> *Idem.*

comunidades terapêuticas (CTs). Tais estabelecimentos, conhecidos também como “fazendas e fazendinhas”, conduzem o tratamento de seus usuários – pessoas em situação de vulnerabilidade social, em sua maioria – por meio de internações involuntárias e do isolamento, prometendo-lhes a cura e a salvação de sua dependência de substâncias psicoativas. As CTs são, normalmente, serviços clandestinos e de natureza religiosa, oportunistas e fraudulentas, como salienta Amarante (2007). A política municipal de São Bernardo do Campo não mantém vínculos com nenhuma dessas instituições, desconsiderando-as e inviabilizando-as, bem como outros dispositivos semelhantes, de comporem a RAPS.

#### ***4.2.1. Reformas em movimento: as práticas de território como garantia ao cuidado da loucura***

Só que, assim, se você olhar ela, ela é a merendeira da escola. Tem namorado, cuida da netinha e é totalmente diferente daquela mulher que eu tinha medo de chegar perto, que diziam que estava em crise. (ACS 1)<sup>57</sup>

Esta fala, que faz sentido para a profissional que a transmite, provoca questionamentos sobre as fragilidades do cuidado territorial em saúde mental e as formas de interagir que muitos profissionais de saúde conservam ao pensar no usuário em sofrimento psíquico. Nesses modos de relação, o que se sobressai, por vezes, é o estranhamento e o anseio de fugir – padronizados, diga-se de passagem – daquilo que é considerado fora do padrão. O estigma do sofrimento psíquico resume um indivíduo que possui diversos papéis ocupacionais a um sujeito que provoca medo e receio ao corpo social, uma vez que persiste no imaginário social a periculosidade do louco solto na sociedade.

A aproximação dos serviços de saúde mental dos demais profissionais de saúde é o caminho que talvez possa garantir o avanço e a manutenção do processo de desinstitucionalização. Para descentralizar o cuidado e não transformar os serviços substantivos em novas instituições que segregam e isolam, mesmo que de “portas abertas”, é preciso unificar e integrar a RAPS, em especial à ABS, através de estratégias que venham a instaurar novos paradigmas de cuidado e atenção para o usuário em sofrimento psíquico, bem como o fortalecimento das ações e discussões relacionadas à desmitificação da loucura nas dimensões social, ética, política e cultural, interligadas à Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 2015; NOAL, 2014).

---

<sup>57</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 28 de setembro de 2015.

“É preciso enfrentar os novos desafios para fazer avançar o processo de Reforma Psiquiátrica no país” (SOUZA, 2015, p. 27). A necessária redução de leitos psiquiátricos e a implantação indispensável de uma rede de saúde mental comunitária, que objetiva ser 100% substitutiva, só será efetiva se o cuidado for ampliado para além dos serviços de saúde mental. Essa concepção de atenção e cuidado no âmbito da saúde mental precisa de movimentos que busquem auxiliar a redução do estigma relacionado à imagem corrente do louco, de modo que o acesso ao território e a todos os locais que façam parte do contexto de vida do usuário em sofrimento psíquico sejam garantidos a ele, assim como o é para qualquer outro cidadão. Dalmolin (2006) destrincha esse desafio:

Percebi que havia uma convivência de dois códigos (inscritos no âmbito familiar, profissional, e das instituições de saúde) predominantes: um “moderno e humanizado”, no qual os direitos do cidadão estavam acima de qualquer suspeita (mais visível nos jornais, discursos, projetos terapêuticos das instituições), e outro “conservador e autoritário”, por meio do qual se estabelece a dinâmica das relações interpessoais, referentes à busca de internação no cotidiano dos sujeitos. Contudo, a coexistência e imbricação entre esses códigos são pautadas pela supremacia do “não louco” sobre o “louco” e de relações marcadas pela normalização do social. (DALMOLIN, 2006, p. 156)

O movimento de ressignificação do cuidado no âmbito da Reforma Psiquiátrica é um processo permanente de construção, reflexão e transformação não somente das instituições, mas também, e de modo essencial, das equipes que a compõem (NOAL, 2014). O trecho do depoimento da profissional a seguir demonstra que uma rede estruturada fisicamente não garante o reconhecimento da reformulação do cuidado, assim como não assegura a motivação, a busca por informações e o amadurecimento do profissional de saúde no território em que se encontra lotado:

É que a gente escuta bastante no território assim: “Ah, o CAPS é o lugar onde tem pessoas surtando, onde tem pessoas que apanham, porque lá eles apanham!”. [...] “Lá, as pessoas têm convulsão de tanto apanhar.”. Como a pessoa vai querer se tratar num lugar desse, sendo que a pessoa está livre? (ACS 3)<sup>58</sup>

Durante a divisão das oito categorias que surgiram durante a pesquisa, pôde-se observar que a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica foram os temas que menos demonstraram impacto/prevalência nos argumentos dos pesquisados durante as discussões (apenas 1%). Ao analisar estes dados, surgiram alguns questionamentos: Esses movimentos se configuram como novidade ou prática trivial no trabalho do ACS? Os tópicos relativos à Luta Antimanicomial e

<sup>58</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

à Reforma Psiquiátrica tratam-se de tópicos já esgotados no dia-a-dia e, por isso, não têm espaço nos encontros ou eles simplesmente não fazem parte do cotidiano de práticas e saberes destes profissionais de saúde?

Perante as falas dos profissionais pesquisados e suas descrições nos diários de bordo, foi possível entender que os desafios relacionados à atenção em saúde do usuário em sofrimento psíquico no território continuam significativos. Onocko, citada por Dias (2015), defende que precisamos melhorar o acesso desses usuários em toda a RAPS, tendendo à qualidade do acompanhamento e mantendo “[...] viva a esperança de que seremos capazes de garantir um tratamento que propicie a retomada de uma vida com sentido” (DIAS, 2015, p. 1). Torna-se necessário romper com os estigmas através de uma concepção e de uma prática antimanicomial em que profissionais e usuários sustentem a diferença, e em que uns não precisem excluir os outros do meio social (AMARANTE, 2007).

Nas falas seguintes é possível compreender três pontos-de-vista, sendo o primeiro associado ao primeiro dia de oficina, o segundo, relacionado às visitas aos serviços da RAPS, dentre os quais, o CAPS de referência, e o último, produzido no término das oficinas, mostrando que ainda há muito a se percorrer, mas que há caminhos:

A gente não tem preparação nenhuma, assim. A gente, quando se trabalha com o CAPS, que preparação a gente quer? A gente conhece a doença quando ele surta. A maioria vem pra gente e fala: "Eu vou surtar. Eu não tô bem.". A gente vai lá [no CAPS], dá injeção e acabou [...]. Mas, na rua, que ferramenta a gente tem? No CAPS, quando eles estão em crise pra atacar, um gruda do lado e outro gruda do outro. E na rua? A gente não tem preparação. A gente não sabe. (ACS 1)<sup>59</sup>

Dá um medo, né? Dá um receio! Mas a gente não tem noção do que acontece aqui dentro [do CAPS], né? Eu já doeí sangue aqui do lado, mas nunca tive essa noção do que era aqui. (ACS 5)<sup>60</sup>

No comecinho das oficinas, a gente podia falar que a gente era um pouco cegas, né? Quando alguém falava “Fulano foi pro CAPS!”, a gente arregalava o olho, e hoje, não. A gente pensa: “Que bom que ele foi pro CAPS! Que bom que ele está sendo bem atendido lá!”. A gente conhece, né? Não vamos mais nos sentir inseguros. A gente pode falar: “Vai lá pro CAPS, que vão te receber bem!”. A gente já pode falar isso com segurança. A gente estava meio cegas; agora, a gente já enxerga tudo às claras. (ACS 6)<sup>61</sup>

O Ministério da Saúde estabeleceu o CAPS como o principal dispositivo de assistência extra-hospitalar na RAPS, buscando fornecer assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico

<sup>59</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>60</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>61</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tratando-se de uma instituição de saúde de porta aberta inserida na comunidade, o CAPS promove o atendimento médico e psicológico, a realização de oficinas terapêuticas e visitas domiciliares e realiza, em conjunto com as equipes da Rede de Atenção Básica de Saúde do território, o matriciamento buscando fornecer “[...] orientação e supervisão”, atendendo e realizando ações compartilhadas “situações mais complexas” junto às equipes da ABS, baseadas nos princípios da Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2013a, p. 25).

Esse modelo, a propósito, visa à “[...] restituição do exercício pleno da cidadania por meio de ações em três cenários: casa, trabalho e rede social” (SARACENO, 1996, p. 13), de acordo com o PTS do paciente e partindo do princípio de que a participação social e a manutenção de vínculos afetivos são capazes de auxiliar no tratamento (MAGALHÃES; CAMARGO, 2012).

Espera-se que os CAPS e os outros serviços de saúde do território construam uma rede descentralizada e intersetorial. Todavia, um dos principais desafios da desinstitucionalização, hoje, é “[...] conciliar as práticas de cuidado que acontecem no interior do CAPS à extensão das práticas no território” (SOUZA, 2015, p. 28). Jorge, usuário convidado pela pesquisadora, comenta sobre o CAPS e convida os profissionais a conhecer o serviço:

O CAPS vem se desenvolvendo na maneira do paciente. O CAPS, não só eu, mas a maioria que está lá, viu ele se desenvolvendo. Já estou de 4 a 5 anos por lá, e em acompanhamento com psicólogo, assistente social, enfermeiro... enfim, tudo, e eu acho que, se vocês quiserem um dia fazer uma visita ao CAPS III, será de grande valia para nós e para vocês. (Jorge)<sup>62</sup>

As falas a seguir ressaltam a importância do convite de Jorge, de (re)conhecimento do CAPS por profissionais de outros serviços de saúde, para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica:

[É importante fazer contato com o CAPS] Até mesmo à pessoa que tem a visão do CAPS, como nós tínhamos, porque a nossa impressão passou. É a pessoa olhando aquilo... Às vezes, ela pode até querer conhecer. Tem um filho, algum irmão, um tio que pode até trazer pra cá, mas não é sempre que traz, porque eu já escutei muito disso: "Você já foi pro CAPS? Então, por que você tá falando do CAPS? Lá é coisa pra doido!". Então, assim, quando você não tem o contato com o CAPS, não entende a realidade, você acaba, tipo assim, passando aquilo que o outro te passou: "Ah, não! O CAPS é bom, é assim, assim, assado.". Você leva aquilo com você pra quem não conhece. (ACS 1)<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>63</sup> *Idem.*

Hoje, você passou uma coisa pra gente, que eu realmente não sabia que funcionava dessa forma. (ACS 5)<sup>64</sup>

Para que essa estratégia se consolide como um possibilidade de cuidado, as ações de conhecimento voltadas para os serviços de saúde da rede devem ocorrer para além de visitas às estruturas físicas, por meio de tentativas de aproximação, construção e manutenção dos vínculos entre as equipes e delas com os usuários e seus familiares inseridos no mesmo território, conhecendo, pois, as dinâmicas de cuidado de cada local e superando a “[...] ideia de encaminhamentos frios, burocratizações, desresponsabilizações” (SOUZA, 2015, p. 140).

Hoje, eu vejo que o CAPS é uma rede de apoio para a pessoa, inclusive, voltar para a sociedade e não viver trancada. É só mais um apoio, um suporte. (ACS 2)<sup>65</sup>

Jorge, durante a oficina de visita ao CAPS, realizou uma pontuação precisa ao proclamar para o grupo que serviços públicos surpreendem quanto à qualidade da assistência em saúde mental, em detrimento dos serviços privados, que, em sua maior parte, têm por finalidade lucros empresariais e não se articulam com a rede de saúde pública ou constroem projetos terapêuticos singulares contextualizados e realizados juntos ao usuário. É necessário operar no “[...] imaginário social que crê que tudo o que é público não é bom”, visto que os serviços ligados ao SUS e que atuam em rede, “[...] além de desenvolver a capacidade de construir políticas que efetivamente produzem efeito na vida das pessoas, traduzem-se em um viver melhor” (SOUZA, 2015, p. 35).

Eu perdi o convênio em 2014 [...] e, quando eu cheguei nesse CAPS, eu estranhei, porque eu cheguei olhando e parecia fechado, e, quando deu 8 horas mais ou menos, abriu e a porta continuou aberta. Então, eu falei: “Mas o que é isso? Está aberta? Esqueceu aberta?”. Não é que tinham esquecido, é que ela era aberta mesmo! Então, a pessoa vai, começa a fazer o tratamento e vê que é livre. Ele não tá preso. Ele tem um compromisso com a ética e a salubridade. E, nessa salubridade, ele identifica o tratamento que ele precisa, e ele começa a enxergar e ver que é muito sofrimento, mas muita gente se vê livre agora. (Jorge)<sup>66</sup>

Os espaços de encontro proporcionados pelas oficinas possibilitaram o entendimento de que, mais do que a intensificação da articulação com os serviços da RAPS, é preciso ter em mente a importância de conquistar novos seguidores para a Luta Antimanicomial. Os usuários, protagonistas de suas histórias, compartilham, junto aos ACS, as razões para a sustentação da

<sup>64</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>65</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>66</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.



rede. Razões estas óbvias para quem conhece “na pele” a realidade da assistência manicomial, sobretudo quando comparada com a atual atenção no cuidado em saúde mental e o investimento em propostas terapêuticas singulares no território. Aqueles sujeitos mostraram que, para além de estarem ali como convidados, compor as oficinas junto à pesquisadora era criar, também, espaços que oportunizassem a conquista de novos parceiros para a Reforma Psiquiátrica.

A autonomia e o empoderamento, tudo isso que tem acontecido e era coisa que a gente, em outros momentos, almejava. Então, a gente ficava confinado. A gente estava tendo perdas, e elas eram irreparáveis. Ninguém sentia que nós estávamos perdendo e nós continuávamos perdendo. E, agora, com este novo investimento, eu acho que não haverá mais, futuramente, tantas pessoas que terão tantas perdas. Elas terão ganhos! Irão ganhar, porque elas irão entrar em tratamentos renovados. E o futuro será bem melhor, e eu acho que vocês são muito privilegiados porque estão conhecendo o caminho mais fácil, porque, antes, o caminho era muito mais difícil pra chegar até aqui. (Clarinha)<sup>67</sup>

Mas, agora, não. Você aprende tanta coisa que, hoje, se me mandarem pro CAPS, eu vou sorrindo. (ACS 1)<sup>68</sup>

De acordo com Pitta (2015), a assistência à saúde de pessoas em sofrimento psíquico que são acompanhadas no território, quando comparada à das que são acompanhadas na perspectiva do cuidado em instituições fechadas, já é significativamente melhor.

Cuidar desses usuários nos locais em que vivem, junto à sua família e à sua vizinhança, contribui para a “extinção dos efeitos nefastos da segregação e da exclusão” tão propagados pelas práticas do modelo tradicional de assistência em saúde mental. Propor espaços em que a voz dos usuários em sofrimento psíquico possa ser escutada horizontalmente se mostra um poderoso recurso na “humanização do cuidado na rede territorial” e na concretização de uma antiga ideologia: a de um modelo que substitua, de vez, as vagas em leitos psiquiátricos por um sistema de saúde “decente, inclusivo, interdisciplinar e humanizado” que transforme não somente os profissionais de saúde, mas, sim, a sociedade como um todo, para a convivência com a loucura e com todo tipo de diferença (SOUZA, 2015).

Nos dizeres de Souza (2015),

É preciso produzir territórios capazes de incluir os sujeitos e não territórios que segreguem pelas suas diferenças – neste estudo, a loucura. É preciso garantir um lugar, um espaço possível para o louco, para a loucura, para a diferença coexistir no território. (SOUZA, 2015, p. 22)

<sup>67</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>68</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

Com base na perspectiva de Paiva (2007), é possível concluir que a cultura manicomial enraizada em “[...] mentes e instituições durante anos não são solúveis facilmente” (PAIVA, 2007, p. 568). No entanto, busca reciclar, renovar e aproximar profissionais de saúde, assim como outros atores, objetivando a formação de lideranças na comunidade de modo que estas venham a atuar na garantia de direitos do usuário em sofrimento psíquico e de sua circulação em espaços abertos, é um dos desafios do cuidado que precisam ser “comprados” por todo e qualquer militante da Luta Antimanicomial. Afinal, como o mesmo autor descreve, “[...] a Reforma Psiquiátrica é um processo de constante reflexão e construção de saberes sobre a loucura e seu lugar social” (PAIVA, 2007, p. 568), que, quando estimuladas, promovem resultados consideráveis, como registrado no diário de bordo da pesquisadora e nas falas das ACS participantes da pesquisa, todos transcritos abaixo:

Estamos ainda no início de nossos encontros, na terceira oficina, e já sinto o quanto este processo está sendo significativo. As falas do primeiro dia em que nos encontramos e as falas que escutei hoje já se mostram, incrivelmente, diferentes! (Pesquisadora)<sup>69</sup>

São histórias, e são histórias de vida. De circular, de lutar... Lógico que do jeitinho de cada um! (ACS 1)<sup>70</sup>

25 anos e foi solta no mundo pra viver, né? [...] Ela estava dormindo, né? Agora, acordou! (ACS 5)<sup>71</sup>

#### **4.3. Cuidando de Si e Cuidando do Louco: agentes de transformação na Rede de Atenção Psicossocial**

As relações corpo a corpo, as relações de afeto são anteriores às relações de troca. (LANCETTI, 2014, p. 123)

Nesta seção, serão abordadas as potências das relações entre os participantes da pesquisa, mediante os encontros inseridos em uma pesquisa *com*. Concomitantemente, será apresentada uma análise das produções em saúde mental, buscando valorizar, assim, a subjetividade, a diversidade, a singularidade e os diferentes modos de cuidado através do olhar e das experiências do usuário em sofrimento psíquico e do ACS. Estas produções foram

<sup>69</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

<sup>70</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>71</sup> *Idem*.

concretizadas durante as oficinas e se definiram pela troca, pelo reconhecimento, pelo afeto, pelo conhecimento e pela comunicação, entre outros.

Durante as oficinas, um dos desafios encontrados foi aproximar as ACS e levá-las a pensar e compartilhar suas ideias sobre os problemas relacionados à atenção integral em saúde ao usuário em sofrimento psíquicos e as dificuldades de articulação com os serviços da RAPS com o grupo. Durante os encontros, as participantes alertavam sobre as queixas referentes ao processo de trabalho, notificando que o ínfimo reconhecimento profissional, a sobrecarga de trabalho, a desvalorização e a não validação da voz de sua categoria na Atenção Básica interferia, diretamente, no desempenho e no avanço da assistência ao usuário em sofrimento psíquico.

Já apresentada anteriormente, a atividade *Levantamento de Expectativas*, proposta na terceira oficina, buscou identificar o que as ACS esperavam da pesquisa e o que enxergavam de potências e dificuldades em relação a uma rede que elas também ajudavam, de certa forma, a construir. Observou-se que os resultados foram diversos. Contudo, é preciso ressaltar, aqui, a solicitação, entre as respostas e os discursos, de um espaço que ofertasse o cuidado direcionado às próprias ACS, como demonstram a fala de uma delas, o trecho do diário de bordo da pesquisadora e as imagens a seguir:

Eu vejo você fazendo esse trabalho, hoje, com a gente, aqui, eu vejo assim: muitas vezes, é até um espaço de desabafo de nós, ACS. Porque, assim, muitas vezes, você acha que nós deveríamos trazer problemas da rua pra você. E, de repente, nós é que estamos passando os nossos problemas pra você. Nós estamos nos sentindo frustradas, né? (ACS 4)<sup>72</sup>

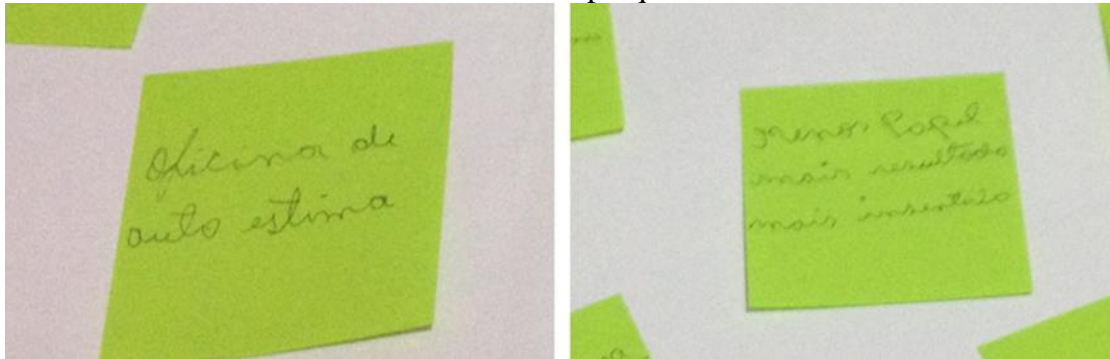
Me chama a atenção um dos *post-its* que referia “oficina de autoestima”. Entre minhas reflexões, me pergunto: Quem cuida deste profissional? Como ele realmente é visto por outros profissionais, além da UBS? Algumas ACS arriscam-se a dizer que, para muitos, nem são vistas; outros, talvez nem saibam de sua existência ou para que servem ali. (Pesquisadora)<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>73</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

**Figura 14** – *Post-its* apresentados como expectativas de abordagem durante as oficinas realizadas na pesquisa.



**Fonte:** Fotografias da autora.

Neste mesmo contexto, na atividade *Cenas Temidas*, realizada na mesma oficina, foi proposto a cada ACS desenhar sua fisionomia e, em seguida, descrever, na parte interior dos traços de seu rosto, as cenas que temiam ao pensar no contato com o louco. Os resultados relacionados ao despreparo, aos preconceitos, aos estigmas e aos receios de violência contra si, presentes naquele exercício, se atrelavam à imagem social do louco na sociedade, como demonstram as narrativas e as fotografias abaixo:

Ah, eu tenho medo dele surtar naquela casa [...]. E eu morro de medo, eu volto com o coração assim, ó: “tuc-tuc-tuc”. Morro de medo! E também não sei como abordá-lo, o que falar, porque, às vezes, assim, a gente vai, mas eu não sei como está o pensamento dele, né? (ACS 2)<sup>74</sup>

[...] receio de surtos e a preocupação de como conversar com essas pessoas. (ACS 3)<sup>75</sup>

Eu trabalhei no hospital psiquiátrico daqui durante um ano [...], só que o que eu vivi lá foi dentro, com os pacientes medicados. Não é a mesma realidade que a gente vive com eles na rua. [...] Não que eu tenha medo da pessoa; eu tenho medo do histórico da pessoa. (ACS 1)<sup>76</sup>

Então, eu tenho medo de ser atacada [...]. Tenho medo da situação do paciente, quando ele tá em surto. Por quê? Tem paciente que pode não só te agredir [...], mas você passa lá e, depois, ele pode ter uma faca e uma arma. A gente não sabe o que ele tem acesso na residência. E coloquei o medo do desconhecido [...], eu já vou armada. (ACS 2)<sup>77</sup>

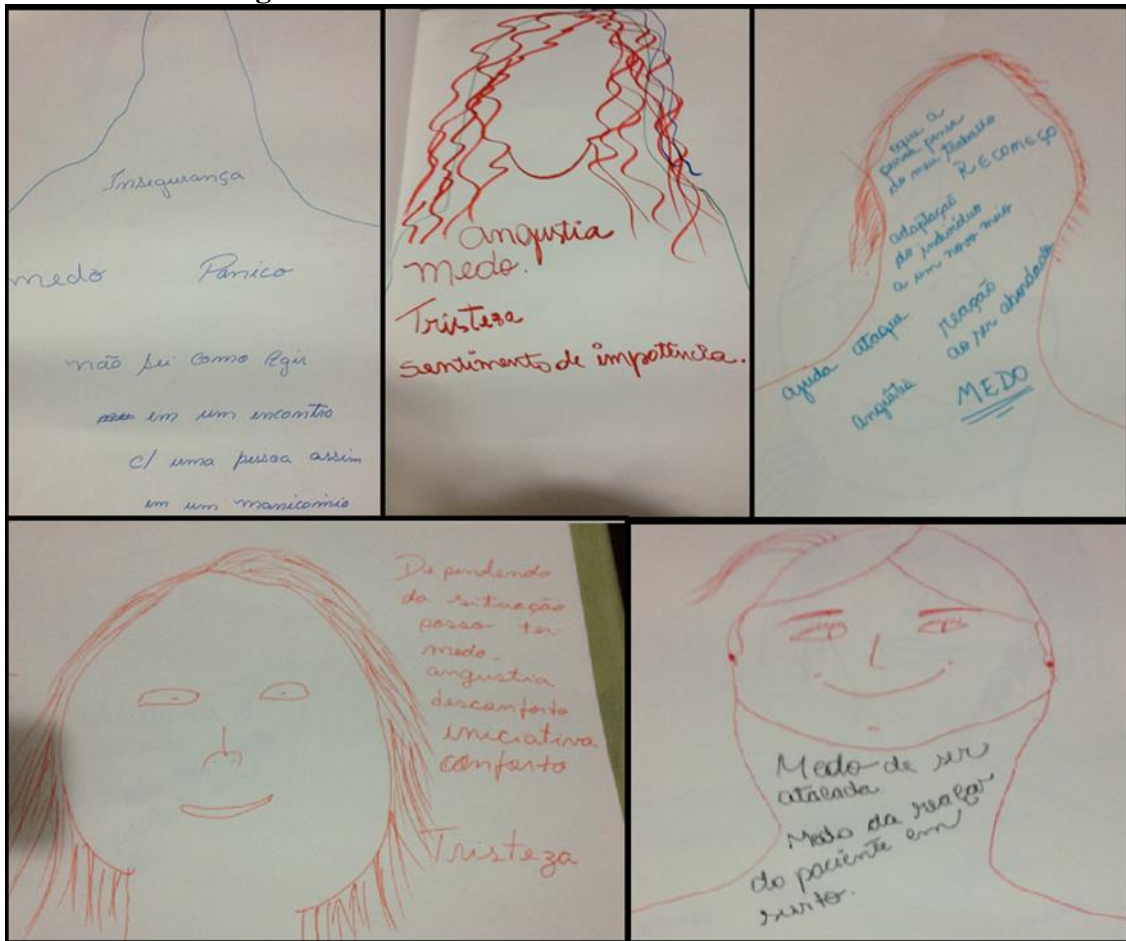
<sup>74</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>75</sup> *Idem.*

<sup>76</sup> *Idem.*

<sup>77</sup> *Idem.*

**Figura 15** – Resultados da atividade *Cenas Temidas*.



Fonte: Fotografias da autora.

Considerando os resultados destas duas atividades, foi possível observar que as falas, ações e produções das ACS participantes, em sua maior parte, diziam delas mesmas, de seu cuidado e de seu valor. O desejo e a disponibilidade de lidar com o cuidado do usuário em sofrimento psíquico no território não demonstravam ainda ser prioridade nos encontros iniciais.

Desta maneira, através das expectativas relacionadas aos objetivos deste estudo, buscou-se, nos encontros, potencializar e estimular a autonomia daquelas profissionais, de modo a incentivá-las a serem protagonistas no processo de trabalho, junto à equipe do CAPS, aprimorando e agregando em suas práticas diárias o cuidado em saúde mental, com vistas a torná-las uma extensão do CAPS no território e a se tornarem parceiras na defesa de direitos e do cuidado em saúde mental na Luta Antimanicomial.

Diante da divisão das categorias apresentadas nesta pesquisa, os tópicos *Medos*, *Desconhecimento e Despreparo*, *Necessidade de Ser Cuidado e as Sobrecargas de Trabalho e Reconhecimento* despontaram como temas relevantes, corroborando com a validade da discussão pormenorizada nesta seção. Como já mencionado, foi possível notar que as oficinas

se tornaram espaços onde se ia além das discussões voltadas ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico, onde se buscava prestar cuidado e atenção às ACS. Logo, foi compreendido que, para se pensar esse profissional como chave de intensificação da articulação dos serviços da RAPS, era necessário acolher a discussão sobre a valorização das potências e do protagonismo dos ACS, reforçando seu lugar no território, fortalecendo, por conseguinte, o cuidado de si próprio para, então, cuidar do outro.

A participação nesta pesquisa sugere a inserção das ACSs e dos usuários convidados em um processo coletivo e vivo, contornado pela subjetividade de cada participante que compõe o grupo, considerando, pois, suas experiências, percepções e formas de vida. Neste sentido, os fatores supracitados pelas ACS foram incorporados nas propostas das oficinas, afinal, a participação ativa era essencial neste processo.

Hardt (2003) discorre que um trabalho afetivo é constituído por uma sociedade (redes sociais) e pela produção da subjetividade coletiva, a qual deve estar inserida em uma produção de afetos e de valorização do outro, no ambiente de trabalho e na vida social. Nesta perspectiva, levando-se em conta a metodologia da Educação Permanente em Saúde, os objetivos deste estudo e os problemas iniciais identificados, este estudo se insere em um processo formativo que, guiado pelo trabalho afetivo, necessita do desejo, da abertura e da disponibilidade de cada participante para que, em seguida, ele se permita transformar por meio da aprendizagem, da interação e do vínculo com o outro, fazendo deste processo, que lhe afeta e faz sentido, o próprio processo norteador de trabalho. Assim sendo, as ACS foram convidadas a pensar o contato e o cuidado destinados ao usuário em sofrimento psíquico e à sua família de uma maneira diferente. As narrativas a seguir ilustram as primeiras discussões em grupo:

[...] se colocar mesmo no lugar do outro, né? Às vezes, sentir mesmo a dor que a pessoa está sentindo, o sofrimento que ele está te passando. Então, você sente empatia pelo sentimento do outro e busca ajudar. (ACS 4)<sup>78</sup>

Ah, eu me preocupo demais, sim. A gente tá aqui há muito tempo nessa comunidade, né? Aí, a gente conhece as pessoas e, aí, você vai vendo que a pessoa vai definhando; definhando e você não pode fazer nada. Mexe muito com a gente. (ACS 9)<sup>79</sup>

Quando você cria esse vínculo, a pessoa tem confiança em falar, né? [...] Então, é por isso que é bom a gente trabalhar com amor, tratar com amor, porque você ganha a confiança da pessoa [...]. Eu procuro chegar neles [nos usuários cadastrados] com carinho, porque a pessoa já está naquele sofrimento e você já sabe que é um problema

<sup>78</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

<sup>79</sup> Dados da roda de conversa. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

tão difícil, e você vai chegar com tudo na casa? Então, é importante criar esse vínculo, que facilita o seu trabalho e a gente vê resultado. (ACS 8)<sup>80</sup>

Como já discutido nas seções anteriores, a estrutura do conteúdo deste estudo foi se moldando a partir de acontecimentos, discussões e trocas que ocorreram durante o seu processo. A participação ativa dos usuários em sofrimento psíquico, como convidados nas oficinas, foi se fortalecendo e provocando inquietações, em especial, na pesquisadora, que passou a observar que esta interação incentivava falas, relações e validações de forma horizontal, como um caminho para a aprendizagem inventiva e reflexões de conceitos para cada participante (pesquisadora, ACS e usuários em sofrimento psíquico).

Nesse aspecto, Hardt (2003) compreende que incorporar um trabalho afetivo não é somente ampliar as discussões sobre a clínica de cuidado, mas é permitir a produção de afeto ao longo do processo formativo, investindo em práticas e conceitos que caminhem no sentido das trocas, por meio das relações (redes sociais), e que atue “diretamente nos afetos”, na produção de subjetividade, na sociedade e na produção de vida. Lancetti (2014) articula que o conceito de troca faz parte da atuação na Reforma Psiquiatria, compreendendo que, “[...] se o hospício é o local de troca zero, a reabilitação psicossocial consiste na possibilidade de o cidadão trocar e aumentar sua capacidade de troca, à medida que vai construindo a sua cidadania” (LANCETTI, 2014, p. 123).

A Reabilitação Psicossocial é compreendida como um conjunto de ações, centrado na pessoa, que consideram as expressividades do sofrimento, assim como a autonomia e a liberdade, como fatores essenciais para a condução do cuidado pensado pela via da reinserção na sociedade. Tal conceito envolve, de maneira horizontal, todos os atores relacionados a esse cuidado, sejam eles usuários, familiares ou profissionais, tratando-os como protagonistas da condução dessa reabilitação, tendo em vista, melhorar as habilidades e potências dos usuários em sofrimento psíquico no que se refere a questões de todos os aspectos de sua vida social (LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006)

Todavia, muitos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção psicossocial compreendem ainda o cuidado em saúde mental de maneira imediatista ou reduzida à assistência terapêutica de forma tutelada e protetiva. Este modo de cuidar, arcaico e centralizado em sintomas – por vezes, de maneira inconsciente e/ou automática –, gera preocupações, afinal, é contrário e contraditório ao cuidado proposto aos usuários em sofrimento psíquico na atualidade. Com este paradigma, corre-se o risco de manter o cuidado por meio de uma

---

<sup>80</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

invalidação assistida, na qual o profissional assiste ao usuário suprimindo suas necessidades, mas o invalida pela falta de reciprocidade, uma vez que a hierarquia prospera entre eles. Assim sendo, é preciso dizer que as relações de poder, institucionais, sociais e culturais, ainda se constituem como obstáculos que impedem o sujeito de se sobressair no tratamento, isto é, que barram sua subjetividade e suas experiências de vida. As relações de poder, vindas de cima para baixo, tornam-se um desafio ainda maior em espaços territoriais, incluindo espaços pertencentes à Atenção Básica (HARDT, 2003).

Durante a prática investigativa, houve o receio de expor os usuários em situações constrangedoras, fugindo da proposta da pesquisa. No primeiro dia que os usuários participaram das oficinas, as ACS não foram, previamente, avisadas, o que causou incômodos quando eles foram apresentados. O imaginário das cenas temidas, relacionado à imagem da loucura, demonstrou como os espaços destinados ao cuidado em saúde mental ainda são restritos, pouco fortalecidos e infimamente integralizados na saúde do território. O trecho do diário de bordo a seguir demonstra os primeiros impactos desta vivência:

Hoje, bem cedinho, antes de ir para UBS, passei no CAPS, pois havia convidado três usuários inseridos neste serviço, e muito próximos a mim, para participarem da oficina deste dia. [...] No carro, fomos conversando sobre a proposta do dia, que seria compartilhar nada além do que as experiências de vida de cada um. Fomos conversando também sobre os avanços da reforma psiquiátrica [...]. Chegamos na UBS alguns minutos atrasados; fomos direto para a sala da oficina e todas as ACS já estavam no meu aguardo. Percebi um certo desconforto do grupo. A princípio, achei que fosse por conta do meu atraso, mas compreendi quando duas ou três ACS saíram da sala, por alguns instantes, e retornaram acompanhadas pela gerente da UBS. Retornaram e sentaram novamente em seus lugares. A gerente, por sua vez, na porta da sala, me chama e, delicadamente, me questiona: “Houve algum combinado sobre hoje? Você avisou às ACS que traria pacientes do CAPS para esta oficina? Foram até a minha sala me dizer que estão se sentindo incomodadas e que eles [os usuários] estão invadindo este espaço.”. (Pesquisadora)<sup>81</sup>

Inicialmente, esperava-se deste primeiro encontro uma conversa sobre as dificuldades da vida em manicômio, algumas reflexões referentes à articulação das redes de saúde, ao fechamento de hospitais psiquiátricos e perspectivas sobre a realidade do tratamento “fechado” e em liberdade, contextualizadas pelas histórias que seriam compartilhadas por todos os participantes. Apesar das dificuldades, este momento possibilitou uma torrente de reflexões, do receio em ter falhado por não comunicar às ACS sobre a vinda dos usuários da saúde mental à compreensão de que surpresas podem ocorrer na vida no cotidiano, assim como aconteceu naquele encontro. A situação foi contornada pelas falas dos próprios usuários, quando

---

<sup>81</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 31 de agosto de 2015.



demonstraram estar preparados e, infelizmente, talvez, acostumados a vivenciar conflitos como aquele.

Para a surpresa dos participantes – e aqui se inclui a pesquisadora –, a discussão foi guiada exclusivamente pelo relato de vida de cada um dos usuários em sofrimento psíquico. Isso mostrou que eles mesmos compreendem o quanto precisam ultrapassar barreiras para ocupar espaços que, de direito, já são seus.

Me espanto e, em seguida, percebo o quanto o preconceito está presente em todos os espaços. Não, eu não avisei. Me espanto, novamente, por sentir que, para mim, colocar três usuários em meu carro, convidá-los para serem porta-voz da minha pesquisa, naquele momento, era algo tão natural e especial pra mim, que não, não passou pela minha cabeça que deveria pedir “permissão” para trazer usuários em uma UBS para participar de uma conversa sobre cuidado e sofrimento psíquico. (Pesquisadora)<sup>82</sup>

A participação dos usuários em sofrimento psíquico nas oficinas possibilitou o confronto com as questões relacionadas aos estigmas, ao desconhecimento e ao preconceito, ao serem conduzidas pelas declarações apropriadas e pontuais daqueles sujeitos. Suas falas, referentes às internações psiquiátricas não desejadas, aos receios em serem internados novamente, às consequências de terem tido boa parte da vida controlada por terceiros, através de contenções e medicalizações, e à disponibilidade de compartilhar com o grupo o histórico de suas alucinações e delírios, como fonte de aprendizagem, foram marcos de trocas essenciais para a abertura e proximidade de todos os participantes.

Bem, começamos nos apresentando e, antes de iniciarmos uma conversa, assistimos a um documentário: *A Desinstitucionalização de Pacientes com Transtornos Mentais*. [...] Em seguida, dei a palavra aos meus nobres e experientes convidados e foi ali que tive a certeza que minha intuição não estaria errada. Contaram às ACS suas histórias de vida, do quanto, por anos, foram impotentes diante das escolhas sobre o seu modo de viver; foram trancafiados, sem serem entendidos e sem uma sociedade que quisesse lhes dar a oportunidade de explicar quem realmente são. Não demorou a surgirem diversas perguntas e olhares de empatia, compaixão e compreensão. (Pesquisadora)<sup>83</sup>

Em sua participação e em seus discursos, os usuários compartilharam e ensinaram aos demais presentes que a singularidade e a sensação de liberdade podem e devem ser vistas como pontos centrais no cuidado.

Este encontro oportunizou uma convivência empática e recheada de produção de afetos em um processo de formação pautado na transformação da relação com o outro e, em especial, a relação com o dito louco.

---

<sup>82</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>83</sup> *Idem*.

Quem mais poderia saber dizer com propriedade sobre aquele assunto do que eles [os usuários da saúde mental convidados]? Eu sou a teoria, eles é que são a prática. Eu não tenho ideia do que é passar uma noite em um hospital psiquiátrico; eles sabem o que é viver por anos ali. Não, eu não pensei em nada disso; pensei que sim, que eles seriam as melhores pessoas para ajudar as pessoas a repensarem seus ideais e a mudarem seus paradigmas. Respirei fundo... Em seguida, disse à gerente que resolveria aquele então problema que eu poderia ter criado. Retornei ao grupo e resolvi não dar nenhuma justificativa às ACS e dar continuidade ao planejado das propostas do dia, e, se preciso, no final do nosso encontro, conversariamos sobre aquele incômodo. (Pesquisadora)<sup>84</sup>

No decorrer daquela oficina, as ACS, aos poucos, se aproximaram, de modo a justificar a reação inicial. Para Lancetti (2014), a potencialidade terapêutica dos ACS, como “trabalhadores afetivos”, expressa sua “[...] capacidade de incidir nos processos de produção de subjetividade” (LANCETTI, 2014, p. 95). Nesse viés, elas revelavam aos demais participantes, naquele instante, suas dificuldades e receios. Em um encontro de reflexões, demonstraram que o movimento de exclusão é um reflexo do que a sociedade ainda guarda sobre o cuidado em saúde mental, que, por anos, foi limitado a internações em hospitais psiquiátricos fechados. Essas concepções podem provocar estranhamento e medo relacionados às fantasias do cuidado em liberdade, que viabiliza que o louco frequente os mesmos locais (públicos) que as pessoas ditas “normais”.

O contato com os usuários em sofrimento psíquico – impactante, de um jeito ou de outro – produziu efeitos nas ACS, que passaram, então, a participar ativamente na pesquisa. A partir disso, foram possíveis trocas reais, de saberes e experiências, entre a pesquisadora, as ACS e os convidados, o que era fundamental para a proposta deste estudo.

Para mim, ficou claro que, naquele momento, o receio passou a ser afeto e o medo passou a ser cumplicidade e curiosidade em ouvir pessoas experientes que diziam com propriedade o poder de viver em liberdade. E, assim, vivenciamos mais um dia de oficina. Por fim, terminamos com a nossa ritualização em círculo, formado por mim, pelas ACS e pelos usuários que, agora, pareciam ser parte essencial daquele ritual. A palavra escolhida por todos foi amor. De mãos dadas, repetimos todos [essa palavra], em um único suspiro pelo desejo de que todas as injustiças de quem viveu uma vida de sofrimentos seja realmente liberta. Ao me despedir das ACS, elas me agradeceram por aquele momento e, especialmente, por trazer meus convidados para participarem do nosso encontro. (Pesquisadora)<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>85</sup> *Idem.*

**Figura 16** – Oficina *Quebrando Paradigmas*.



Fonte: Fotografias da autora.

Foi possível notar que os usuários se tornaram participantes ativos ao longo da pesquisa. A construção coletiva favoreceu o discurso protagonista, de participação social e de superação de estigmas, em um processo de criação de afetos.

#### ***4.3.1. Relações que se misturam: o sofrimento como centralidade do encontro***

As oficinas se revelaram como espaços de cuidado, de escuta, de acolhimento e de voz para as potências e reflexões quanto ao lugar social da loucura na sociedade, assim como para as práticas dos ACS neste contexto. As dificuldades apresentadas em cada discussão se atrelavam à questão do sofrimento como algo presente na vida de todos. Desta forma, compartilhá-lo permitiu pensar em possibilidades de cuidado inclusivo e de atenção integral à saúde nos espaços da RAPS, potencializando os processos de trabalho do ACS.

As discussões relacionadas à ausência de valor e à desqualificação se misturavam nas falas e percepções das ACS e dos usuários em sofrimento psíquico. Nos encontros, o estímulo ao protagonismo tornou-se um processo articulado entre os atores participantes e suas experiências.

Por conta disso, o sofrimento do ACS passou a ter um lugar importante em cada oficina. As propostas iniciais deram espaço ao acolhimento destas demandas, pois isso foi considerado como fundamental para a transformação e (re)construção de cada um neste percurso formativo. As narrativas e o trecho do diário de bordo a seguir exemplificam estes sofrimento e esgotamento na prática profissional:

[...] um agente de saúde, ele acaba se desgastando muito. Ele se desgasta muito. É uma carga muito grande que ele carrega. Não tem nenhuma de nós que não reclama. A gente não tem nenhum suporte, né? (ACS 4)<sup>86</sup>

Eu, no começo, ia fazer visita e voltava chorando. Porque você não tinha condições de ajudar. Porque você não consegue pôr muito limite nas coisas. (ACS 11)<sup>87</sup>

A teoria é uma coisa; ser agente comunitário, na prática, é outra coisa. (ACS 6)<sup>88</sup>

Durante os encontros, as ACS apontaram alguns desafios para a atuação desta categoria, dentre os quais: a desvalorização do profissional na rede e na comunidade; as sobrecargas de trabalho; a ausência de reconhecimento; as dificuldades em ser morador no contexto do trabalho; o fato de ser profissional de saúde, mãe e esposa; a ausência de lazer no dia-a-dia; o fato de se sentir pouco qualificado para o cuidado em saúde mental; etc.

A desvalorização do ACS como profissional de saúde, bem como o desânimo e a ausência de reconhecimento foram temas recorrentes lembrados pelas ACS participantes, sendo pontos fortes que influenciam na satisfação e na rotina de trabalho.

O segundo dia previsto de oficinas pode exemplificar as sensações mencionadas. Por questões internas do CAPS, a pesquisadora precisou desmarcar o encontro, informando somente à gerente da UBS e solicitando que esta informação fosse repassada para as participantes. No encontro seguinte, ao retornar no horário reservado para as oficinas, as ACS que participavam da pesquisa optaram por estar em uma reunião onde se encontravam as demais ACS, enfermeiras das equipes e a gerente, para uma discussão sobre o Cadastro de Visita Domiciliar. Posteriormente, as ACS justificaram que tal discussão era prioritária naquele momento. Foi possível perceber um incômodo por parte das participantes, uma certa ferida narcísica, uma sensação de desvalorização pelo descumprimento da pesquisadora com aquilo

---

<sup>86</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

<sup>87</sup> Dados da roda de conversa. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 04 de abril de 2016.

<sup>88</sup> *Idem.*

que havia sido previamente combinado. Assim sendo, a programação para aquele dia não pôde ser mantida.

Sinto-me invadindo aquele espaço, uma vez que não fui apresentada aos demais da equipe ou citada durante toda a reunião. Contudo, compreendo que descumpri um combinado anterior, que possivelmente gerou certa desorganização na rotina das profissionais. Descumprir um acordo realizado direto com as ACS provocou um certo abalo, por parte das ACS, em nossa relação de confiança, já que não tive a oportunidade de dizer, naquele momento, que entendia e que, de certa forma, havia me abalado também. (Pesquisadora)<sup>89</sup>

Segundo Hardt (2003), o trabalho afetivo conduz a espaços que valorizem a “subjetividade e a potência de criação”. Todavia, essa atuação, diariamente no trabalho do ACS, pode implicar em um desgaste pessoal e em uma sobrecarga, haja vista a quantidade de tarefas desenvolvidas na prática cotidiana no território em que trabalham e residem. Nas palavras do autor,

A situação fica ainda mais complexa quando algumas dimensões da existência, outrora confinadas na esfera da vida privada, passam a ser mais tematizadas e exercitadas no cotidiano das relações profissionais fazendo desaparecer os limites entre a vida privada e o trabalho (HARDT, 2003, p. 09).

As ACS informaram que a quantidade de atividades que exercem no dia-a-dia, assim como todo o trabalho afetivo, as dificulta de se desligar após o expediente, fazendo com que elas levem para o contexto da vida privada preocupações relacionadas às tarefas e aos prazos e, especialmente, ansios sobre as dificuldades de lidar com os problemas da comunidade e com as situações de vulnerabilidade. Isso ocorre porque seus papéis, de moradora e de agente de saúde no mesmo território, se misturam e se confundem. Os relatos abaixo ilustram estes pontos:

Às vezes, você corre tanto [...]. Mas você tá constantemente ligado. Você não tem horário de almoço, não tem horário pra dormir, sabe? Então, você acaba atendendo, porque você pega um amor pelas pessoas e elas, pela gente, e não tem como... Então, quando a gente vai na rua, você sabe que pode ser domingo, pode ser de dia, pode ser à noite, nós não temos horário. (ACS 3)<sup>90</sup>

Eu duvido que não tenha uma ACS que já não chegou em casa e não tomou um chá relaxante pra poder dormir, um remédio pra dar um sono, porque o sono não vem. Fica naquela coisa: “Amanhã, eu vou naquela casa... E o que eu vou falar? Que resposta que eu vou dar?”. Nenhuma! (ACS 1)<sup>91</sup>

<sup>89</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de agosto de 2015.

<sup>90</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

<sup>91</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 24 de agosto de 2015.

Porque as pessoas falam “ah, você tem que chegar em casa e se desligar de tudo”, mas não tem como, porque você se preocupa se a pessoa tá bem, se está sendo bem cuidada. Às vezes, nem é porque é vizinho, mas a gente se preocupa, sim. (ACS 9)<sup>92</sup>

As ACS contaram ainda que as cobranças surgem de diferentes formas: pela comunidade, pela equipe, pela gestão. Além disso, há cobranças externas referentes ao processo de trabalho que são ora feitas pela própria unidade, ora são somente direcionadas a elas. Tratam-se de atribuições que devem ser organizadas e desenvolvidas pelas agentes. As tensões nesses diversos campos e o pouco reconhecimento com que contam sobre suas capacidades de trabalho tornam a atuação do ACS um processo denso e complexo, como elas destacam nos relatos a seguir:

A dificuldade que eu tô tendo... É relatório pra entregar, é E-SUS, é visita pra fazer, é guia pra entregar, reunião pra ir... Então, não sei o que eu faço primeiro. (ACS 2)<sup>93</sup>

Você fica mais no computador do que atendendo na rua. Na verdade, a gente quase não atende rua mais, e as pessoas cobram a gente: “Oh, você sumiu! Não te vejo trabalhando mais, não te vi mais.”. Conclusão: você passa o dia todo aqui, um dia em reunião, outro dia em computador, outro dia em visita... Você dificilmente faz a rua. (ACS 7)<sup>94</sup>

Neste sentido, o pedido para que as oficinas fossem espaços contextualizados e com sentido para a prática naquele território foi constantemente reforçado pelo grupo. O trecho a seguir descreve, brevemente, a percepção da pesquisadora ao observar a atuação das ACS em consonância com as suas falas:

As ACS me contam que, hoje, apresentam uma sobrecarga importante de trabalho e que, muitas vezes, “o trabalho se confunde com a realidade da vida”, isto é, em muitos momentos, para estas profissionais, é difícil separar o trabalho da vida pessoal, visto que guardam os documentos de trabalho em casa e moram na mesma comunidade em que trabalham [...]. Relatam sobrecarga por todos os lados. A demanda, em cada território, vem aumentando, em especial, em espaços em que este território apresenta maior vulnerabilidade social. (Pesquisadora)<sup>95</sup>

O público-alvo desta pesquisa possui uma interessante característica, visto que todas as ACS pesquisadas eram mulheres. Para Silvia e Dalmaso (2002), isso, provavelmente, se relaciona ao “[...] papel que a mulher sempre desempenhou, e ainda desempenha, na sociedade, de orientadora e norteadora da família, tendo responsabilidade sobre a educação dos filhos e

<sup>92</sup> Dados da roda de conversa. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2015.

<sup>93</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

<sup>94</sup> *Idem.*

<sup>95</sup> *Idem.*

organização doméstica” (SILVIA; DALMASO, 2002, p.11). Por esse aspecto, a dupla jornada que exercem, como ACS e mãe e/ou esposa, acarreta outras responsabilidades, demandas e problemas pessoais.

Hoje mesmo, aconteceu um lance lá em casa, que, às vezes, tem coisa que a gente faz de tudo pelos filhos, mas a rotina está tão agitada e tão nervosa que, às vezes, a gente acaba dando uma resposta para os filhos da gente que não é o merecimento que eles têm, que o que a gente anda passando, a gente anda descontando em casa. (ACS 9)<sup>96</sup>

[...] e estou cansada e meu filho fica cobrando mais, e a gente acaba descontando. (ACS 2)<sup>97</sup>

O fato de morar no território e cuidar daquela população também contribui com espaços provedores de conflitos difíceis de lidar:

A mulher me viu o dia inteiro, a mulher me viu na rua; quando deu onze horas da noite, bateu na minha porta pra perguntar aonde ficava o CER [Centro de Especialidades em Reabilitação]. [...] Eu falei: “Me viu sábado e domingo o dia inteiro e agora você quer saber?”. (ACS 1)<sup>98</sup>

Meu marido diz: “Fala pra ela que você não está trabalhando.”. (ACS 3)<sup>99</sup>

Não têm mais limite e nem horário. Eles me ligam ou eles me chamam. E aí? (ACS 2)<sup>100</sup>

Silva e Dalmaso (2002) apontaram este como o desafio constante do ACS: “[...] a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial” (SILVIA; DALMASO, 2002, p.77). Para as autoras, se, por um lado, o ACS considera o seu trabalho gratificante, útil, comunitário e de “apoio a população carente”, por outro, sua atuação está sujeita ao estresse e ao envolvimento pessoal excessivo, podendo se tornar patológica. Conforme tais premissas, as participantes da pesquisa descreveram tensões voltadas ao seu contato com a comunidade e com os demais serviços de saúde, como o CAPS, fazendo comparações sobre a proximidade que mantém com os usuários cadastrados e as relações de cuidado e o distanciamento (físico e afetivo) que as equipes do CAPS têm sobre os seus pacientes.

---

<sup>96</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 28 de setembro de 2015.

<sup>97</sup> *Idem.*

<sup>98</sup> *Idem.*

<sup>99</sup> *Idem.*

<sup>100</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

Para o CAPS, é mais fácil a abordagem, porque vocês têm o local de trabalho longe da residência de vocês. Vocês podem vir no território e ofertar e, depois, pegar o carro e ir embora. Não é a mesma coisa de eu ofertar o cuidado pro vizinho e depois entrar pra minha casa. (ACS 1)<sup>101</sup>

É importante frisar que, apesar de o CAPS referenciar a região, ela não faz parte do mesmo território que a UBS. Em virtude disso, as idas de suas equipes àquele lugar são menos frequentes que o transitar das ACS.

Foi possível notar, nos discursos, que as queixas atreladas ao reconhecimento das ACS no território não são atuais e, muito menos, exclusivas destas profissionais. As ACS comentaram que já foram criadas estratégias de divulgação de seu trabalho no município, como *folders* e informativos no guia da cidade. Entretanto, elas acreditam que esses não são os meios mais efetivos, haja vista que não são todos os munícipes que procuram ler esse tipo de publicação. Neste sentido, elas apontaram que a prática do dia-a-dia, quando estreita com a comunidade, diz muito mais de sua atuação do que a simples a teoria. Ou seja, elas observaram que a divulgação do trabalho por meio do contato direto naquele território as torna mais reconhecidas do que a divulgação de seu papel por meio de panfletos, *folders*, jornais e outras publicações de cunho popular.

É interessante como elas expuseram o desejo de reconhecimento pela comunidade: se, como moradoras, mostravam ter uma boa relação com os vizinhos do bairro, como profissionais, se sentiam desvalorizadas pelos usuários cadastrados. Todavia, é importante destacar que os usuários cadastrados são os seus próprios vizinhos.

Tem muita gente que nem abre a porta pra você. Não tem nem noção o que é o agente de saúde. (ACS 4)<sup>102</sup>

Ah, teve um cadastrada minha que falou assim: “Mas isso é hora de estar na rua? Tá conversando, né? Eu vou falar com a sua chefe.”. [...] Aí, eu falei: “Meu serviço é esse. Eu estou orientando meu cadastrado. Estou falando sobre a agenda, se está aberta, se está fechada. Meu trabalho é esse.”. Nunca mais ela falou assim comigo. Agora, ela me trata assim, ó! (ACS 5)<sup>103</sup>

Por habitarem o mesmo território, as ACS disseram que, ao mesmo tempo que esse fator é positivo, por favorecer as relações de horizontalidade com a comunidade, valorizando os saberes técnicos e o saber popular, é também negativo, pois não são todos os moradores que compreendem o real papel do ACS naquele espaço. Elas apontaram que as falhas da UBS, como

<sup>101</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>102</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 26 de outubro de 2015.

<sup>103</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.



a ausência de médicos ou a dificuldade em marcar consultas, influenciam na credibilidade de seu trabalho, do ponto de vista da população.

Logo, para a comunidade, muitas vezes os papéis ocupacionais do ACS se misturam, ainda mais quando se trabalha e se é morador num mesmo território. Isso provoca, inclusive, muitas “relações de interesses”. Neste sentido, as ACS descreveram que os vizinhos, com quem elas mantêm relações de amizade mais próximas, por vezes, tiram proveito destes laços afetivos, visto que, com frequência, eles as acionam em suas casas e, ainda por cima, em momentos além do expediente, como finais de semana ou durante a noite.

Minha vizinha vive pedindo pra eu marcar consulta. “Ah, mas você poderia mexer seus pauzinhos lá dentro pra me ajudar, né?” (ACS 5)<sup>104</sup>

Eles confundem muito. Esses dias de final de semana, uma cadastrada apareceu lá em casa e me chamou e disse: “Tá aparecendo essas bolinhas pelo meu corpo. O que você acha que é?”. [...] eles acham que a gente é médico também. (ACS 6)<sup>105</sup>

As pessoas olham pra gente, na rua, e não veem uma pessoa na rua, no mercado. [...] e a gente trabalha de segunda a sexta das oito às cinco, e as pessoas vão na sua casa no sábado, no domingo, na caminhada... “Olha, eu trouxe uma receita aqui. Eu posso tomar esse remédio?” “Amada, eu não sou médico!” E, olha, às vezes, a gente perde até a amizade por isso. (ACS 4)<sup>106</sup>

Nos momentos em que o grupo trazia questões relacionadas à autopercepção, a maior parte das ACS dizia o quanto buscava orientar corretamente cada morador sobre a importância de cuidar de sua saúde. Todavia, o autocuidado destas profissionais mantinha-se em segundo plano. Para Figueiredo e outros (2009), a “[...] qualidade de vida no trabalho está diretamente associada à satisfação dos trabalhadores no desempenho de suas funções” (FIGUEIREDO *et al.*, 2009, p.266). Foi possível perceber que a busca por qualidade de vida nem sempre é vista com a mesma prioridade que a produtividade e a qualidade do trabalho.

Olhando aqui, eu vejo o quanto preciso cuidar mais de mim. Às vezes, preocupo muito com os outros, com meu trabalho, e esqueço de mim. (ACS 9)<sup>107</sup>

Nossa relação com a nossa saúde é mesmo conflituosa. (ACS 4)<sup>108</sup>

<sup>104</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 19 de outubro de 2015.

<sup>105</sup> Dados da roda de conversa. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>106</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

<sup>107</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 28 de setembro de 2015.

<sup>108</sup> *Idem.*

E, na UBS, é a semana inteira, né? Bom, o que mais me empolga no serviço claro que é nossa obrigação, os deveres, tudo direitinho [...]. A única coisa é que o serviço tá puxado. É muito tempo no computador, na digitação né? (ACS 10)<sup>109</sup>

As relações de sofrimentos e de conquistas, compartilhadas em todos os momentos da pesquisa, permitiram que os participantes, tanto ACS quanto usuários convidados da saúde mental, pensassem, coletivamente, em soluções criativas. A proximidade dessas relações, intencionando à produção de afetos como forma de qualificar e aprimorar o agente de saúde em relação ao cuidado integral em saúde.

Assim, os encontros vivenciados durante as oficinas definiram um dos caminhos para alcançar a qualificação dos cuidados, das parcerias entre os serviços da RAPS e o protagonismo das ACS. Estes encontros estimularam estas profissionais a se posicionarem como técnicas e defensoras da saúde mental em todo o território, para além dos espaços de institucionalização. Diante disso, as falas de uma usuária convidada e de uma ACS simbolizam as potências da criação de espaços nos quais são endossados o cuidado mútuo e o protagonismo.

Posso dizer a vocês que, quando eu estava dentro do hospital mesmo, e eu pensava “eu não nasci assim, eu não cresci assim e, se Deus quiser, eu não vou morrer assim”, porque a fé também nos faz vencer em todos os estados. (Clarinha)<sup>110</sup>

Eu gostei do tema que foi sorteado hoje, no início, sobre o futuro, né? Porque a gente anseia tanto o futuro, tem uma ansiedade pra chegar o futuro, porque o passado a gente já viveu, o presente a gente tá vivendo e o futuro, a gente não sabe o que vai ser dele, né? Por isso que é uma curiosidade grande [...]. Faz a gente pensar na esperança. É como foi falado no vídeo: “A estrada é longa, mas o destino vale a pena!”. Achei tudo isso muito bonito. (ACS 6)<sup>111</sup>

#### **4.4. Desafios e Estratégias para a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial**

Todo problema de saúde é também – e sempre – mental. Toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. (MINOZZO, 2014, p. 52)

O histórico de políticas de desenvolvimento da saúde pública nacional é permeado por reivindicações e mudanças estratégicas do cuidado em saúde, que se consolidaram através de movimentos sociais e populares ligados aos “usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo”, que, unidos, transformaram, e transformam, as práticas em saúde no país,

<sup>109</sup>Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 28 de setembro de 2015.

<sup>110</sup>Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 30 de agosto de 2015.

<sup>111</sup> *Idem.*

resistindo e lutando em cenários de restrições, de controles estatais e do fortalecimento do mercado (BRASIL, 2012).

A trajetória dos movimentos sociais pela qualidade da saúde pública ganhou força em meados dos anos 1990, depois de ser promulgada a Constituição Federal de 1988, em que o SUS passou a se configurar como “[...] uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde” (SILVEIRA, 2006, p. 10), seguindo, pois, a mesma doutrina e os mesmos princípios organizacionais em todo o país. Nesse segmento, classificaram-se como diretrizes desta política de saúde as seguintes concepções: universalidade da atenção; equidade do atendimento; integralidade das ações em todos os níveis de atenção; a descentralização do sistema; e a participação social (SILVEIRA, 2006).

Inserida na transformação do sistema de saúde brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é reconhecida como um modelo público de saúde de ação integral que passou a aparelhar a ABS como “[...] centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012, p.9), tendo como propósito “[...] aumentar o índice de resolução dos problemas, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade” (DEL CIAMPO *et. al*, 2005, p. 40).

A ABS, comprometida com a qualidade de vida da população que assiste e inserida em uma clínica ampliada, na qual “[...] não se restringe a olhar a doença e avança na centralidade dos sujeitos” (SOUZA, 2015, p. 37), torna-se porta de entrada para todos os usuários no território. É organizada por meio de um conjunto de ações e práticas incorporadas como competências de cuidado em saúde na comunidade, através da “[...] responsabilização, na territorialidade das ações e na utilização das redes sociais já existente no território” (SOUZA, 2015, p. 49).

Nesse sentido, a ABS contemplou, e ainda contempla, “[...] não somente a uma rede de serviços, mas sim a rede de convivência, de apoio e de solidariedade” (SOUZA, 2015, p. 41), em que a interação da equipe de saúde com o usuário, assim como a integração junto aos demais serviços da rede de saúde tornam-se estratégias que impelem os profissionais a estarem mais próximos da comunidade, respeitando cada usuário em sua singularidade e levando-se em consideração o contexto de vida em que ele se encontra inserido.

Ao trazer o usuário ao protagonismo e à centralidade do cuidado, e não mais a doença, é possível garantir a assistência integral em saúde, que deve ocorrer “[...] a partir de uma atitude de acolhimento de quem demanda tratamento” (SOUZA, 2015, 37). Por conseguinte, podem ser inseridas na assistência integral outras formas de assistência e abordagens terapêuticas, que,

em meio a encontros afetivos, abarcam a “[...] subjetividade, a singularidade e a visão do mundo do usuário” em relação à sua saúde (BRASIL, 2013a, p. 11).

Nessa perspectiva, os serviços territoriais se organizam em rede e buscam fortalecer as políticas públicas, tendo como propósito articular as ações e os serviços de saúde nos territórios para promover um modelo público de atenção integral à saúde, com vistas a englobar e a organizar os diferentes níveis de complexidade e melhorar a qualidade de vida de toda a comunidade, inclusive daqueles que demandam o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013a).

É nesse movimento de assistência que se encontra e amplia o modelo de atenção em saúde mental, direcionando o cuidado em saúde aos usuários em sofrimento psíquico para os serviços de saúde comunitários, nos quais se estabelece a rede de atenção integral à saúde mental, ou seja, a RAPS.

A RAPS trata-se de um conjunto articulado de serviços e estratégias em um dado território, que promovem formas diversas de cuidado humano e atenção às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquele sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, e suas famílias (BRASIL, 2011). Constitui-se por meio da articulação de níveis de complexidade, propondo à produção de locais que reproduzam a universalidade e a atenção psicossocial, a partir dos critérios populacionais e demandas dos municípios. Entre essas instituições, encontram-se o CAPS, como serviço estratégico de organização desta rede de saúde, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), as ações de saúde mental na ABS, os centros de convivência, os SRT, os leitos em hospitais gerais, os ambulatórios, o Programa “De Volta para Casa”, entre outras, vinculadas à Estratégia Saúde da Família (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; BRASIL, 2005).

Denominada “clínica da desinstitucionalização” (SOUZA, 2015, p. 40), haja vista que nela se estabelece uma clínica transformadora inserida no território, a RAPS é norteadora por conceitos e princípios que necessitam da intensa articulação da saúde mental com a atenção básica. São eles: “[...] promoção da saúde no território, acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado, integralidade, intersetorialidade, organização da atenção à saúde em rede, participação da comunidade e promoção da cidadania dos usuários” (BRASIL, 2016, p. 36).

Para Souza (2015), incluir ações de saúde mental na ABS ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, “[...] visto que uma das principais características dessa prática é a de que não segrega, não agrupa as pessoas pelo seu diagnóstico” (SOUZA, 2015, p. 41), tecendo uma rede de cuidados que mantém a assistência ao usuário próxima à sua rede de suporte social e cultural e ele, inserido em seu território.

As ações territoriais que promovem a articulação dos serviços pertencentes à RAPS, tornam-se estratégias potencializadoras que auxiliam na “desconstrução da prática institucionalizada”, desmitificando os receios e estigmas em relação ao cuidado em saúde mental, mantendo o desafio de evitar a continuidade da “fragmentação da assistência no território” (FORTUNA *et al.*, 2005). Nesse sentido, Souza complementa:

O movimento em prol da reforma psiquiátrica defende a busca por direitos, por acesso, por ampliação de cobertura, o cuidado de forma integral, pensando o ser humano em sua complexidade, construindo uma prática de atenção à saúde, que é muito mais que um modelo. (SOUZA, 2015, p. 73)

Para Amarante, incluir ações de saúde mental na atenção básica é incentivar a invenção de uma clínica “[...] criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades” (AMARANTE, 2003, p. 50) que permite a inserção de experiências inovadoras no processo da Reforma Psiquiátrica, convidando os profissionais de saúde a sustentarem as diferenças frente aos estigmas relacionados à loucura. Essas ações incitam uma transformação social da ABS, caracterizando-se como novas formas coletivas de lidar com “[...] questões do sofrimento psíquico, buscando a criação e consolidação das redes existentes no território” (SOUZA, 2015, p. 42), como, inclusive, descreve a ACS no relato a seguir:

União, eu acho assim... Pra um trabalho ser bem feito, pra toda a rede funcionar, acho que tem de ter a união por todos os profissionais. Acho que a união precisa acontecer pro trabalho funcionar, pra não ficar nenhum furo. [...] então ter uma união, pra que a rede funcione e flua melhor. (ACS 6)<sup>112</sup>

#### ***4.4.1. Experiências Inovadoras em Saúde Mental Inseridas no Cuidado da Atenção Básica***

Entre as propostas de atividades realizadas nas oficinas desta pesquisa, estava a criação de um projeto contendo um conjunto de propostas possíveis para a articulação da RAPS. Construído coletivamente, o projeto constituiu-se pela identificação (ou invenção) dos problemas relacionados ao cuidado em saúde mental no território, sobre os quais o grupo buscou criar estratégias e soluções.

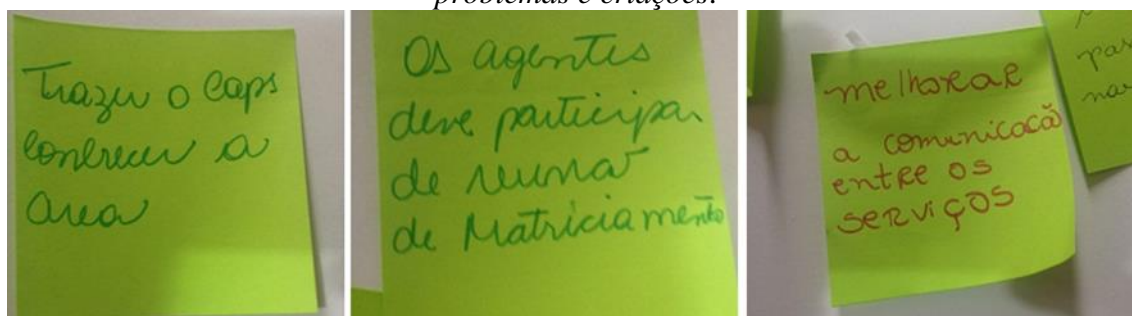
Souza descreve que, quando as atividades são realizadas em conjunto – no caso desta pesquisa, entre os ACS, usuários convidados e pesquisadora –, trabalha-se de forma “articulada e integrada”, incentivando o desenvolvimento de uma “[...] clínica comprometida com as

---

<sup>112</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

peças [...], a corresponsabilização pela saúde do outro [...] e a maior aproximação com a comunidade, possibilitando trocas de experiências e, sobretudo, a criação e potencialização dos recursos legais” (SOUZA, 2015, p. 42).

**Figura 17** – Soluções escritas em post-its durante a oficina *Articulação das Redes de Saúde: problemas e criações*.



Fonte: Fotografias da autora.

Durante as oficinas, pôde-se observar, através dos relatos das ACS, o desconhecimento destas profissionais em relação às atribuições e à dinâmica de cuidado do CAPS, como serviço substitutivo no território. Desconheciam a estrutura física, assim como os procedimentos de cuidado interno e no território, fatores que dificultavam a aproximação e a parceria entre os profissionais deste serviço com a ABS. Da mesma forma, existiam poucos espaços internos na UBS e na comunidade que possibilitassem o fortalecimento destas relações. Tal constatação aponta para uma falha em toda a rede, o que prejudica, especialmente, a garantia e a qualidade do cuidado ao usuário e seus familiares, como demonstram os relatos abaixo:

Essa questão que eu queria falar são os pacientes que ficaram perdidos, que não passa aqui, não passa lá e que aparecem surtando, ou que está depressivo em casa, não come, não bebe, ou porque não quer saber de ninguém. Pra gente, é importante saber que a pessoa foi só uma vez lá no CAPS. Parece um detalhe, mas, pra gente, é importante. (ACS1)<sup>113</sup>

Ah, a gente pensava: “Ah, isso é de saúde mental, não é nosso!”. (ACS 10)<sup>114</sup>

É preciso que os serviços de saúde passem a compreender o usuário como sendo pertencentes a uma rede de cuidados e não no cuidado fragmentado dividido entre especialidades. (Pesquisadora)<sup>115</sup>

<sup>113</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>114</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>115</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 26 de outubro de 2015.

As trocas de experiências e as vivências durante as oficinas, em espaços escolhidos na comunidade e nos serviços da RAPS, facilitaram a criação de um projeto que contextualizasse o território e, ao mesmo tempo, fosse pensado para toda a rede de saúde do município, visto que as propostas se direcionaram ao cuidado integral em saúde, estando de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.

Em grupo, foi possível compreender a importância da articulação dos serviços pertencentes à RAPS, assim como da integração permanente do CAPS junto ao território em que assiste, por meio da construção do PTS e de ações compartilhadas entre as equipes, levando-se em conta “[...] as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo” (BRASIL, 2016, p. 36).

As ações compartilhadas no cuidado integral à saúde mental possibilitam:

Resgatar a singularidade de cada usuário, com o investimento em seu protagonismo e potencialidades, de forma a romper com a lógica da doença considerando a identidade do sujeito, fortalecendo laços sociais e investindo na força do território como alternativa para a reabilitação social. (BRASIL, 2016, p. 36)

Intensificar a articulação dos serviços da RAPS não se relaciona somente aos “[...] deslocamentos no espaço físico” (LIMA; YASUI, 2014, p. 599) ou à simples presença da equipe do CAPS naquele território, mas, sim, com a forma como as equipes, quando em ações compartilhadas, viabilizam a problematização e o compartilhamento dos olhares e desenvolvem ações no contexto de cuidado daquela comunidade. Inserir os ACS nessa forma cuidar em saúde é compreendê-los como profissionais fundamentais no processo de articulação e na produção da desinstitucionalização, visto que, no cotidiano de trabalho, eles são os trabalhadores que possuem maior proximidade com os usuários e familiares no contexto real de vida, especialmente quando se tem o território como cenário principal de cuidado.

Assim, eu acho que esse contato... ter esse matriciamento junto conosco também, porque agora a gente, conhecendo aqui e fazendo matriciamento, eu acho que vai ser bem melhor pra nós também estar identificando mais. (ACS 1)<sup>116</sup>

“Compartilhar o cuidado”, eu acho que essa palavra “compartilhar o cuidado” não é só o ACS, né? A gente tem que compartilhar o serviço com a rede, com outras pessoas, né? Pra gente cuidar do indivíduo melhor. (ACS 11)<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 23 de novembro de 2015.

<sup>117</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 9 de novembro de 2015.

Não é que trouxeram mais trabalho pra gente; pelo contrário, melhoraram os atendimentos dessas pessoas que a gente, que não tinha conhecimento, não cuidava mesmo. (ACS 6)<sup>118</sup>

Afirmam a necessidade de qualificar a continuidade do cuidado e não manter somente as ações pontuais, como, por exemplo, a realização de uma única visita domiciliar, entre a equipe do CAPS e o ACS, para o usuário. (Pesquisadora)<sup>119</sup>

Lima e Yasui, com base na obra *A (clínica) e a reforma psiquiátrica*, de Amarante, apontam o quanto é preciso ter encontros que possibilitem a reinvenção da clínica como “[...] espaço de efetivo engajamento e responsabilização para com o sofrimento humano, de construção de possibilidades de vida e de produção de subjetividades” (LIMA; YASUI, 2014, p. 599), para que o cuidado compartilhado em saúde mental realmente aconteça.

A seguir, é apresentado o projeto resultante das atividades realizadas durante as oficinas:

#### **Quadro 2 – Projeto das ACS.**

### **PROPOSTAS PARA O TERRITÓRIO**

#### **Propostas realizadas durante as Oficinas junto aos Agentes Comunitários como estratégias de Articulação com a RAPS (CAPS e Atenção Básica)**

- 1) Estimular o compartilhamento de ações entre os Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os profissionais do CAPS, de forma contextualizada, favorecendo a participação ativa de ambos os serviços e profissionais no território;
- 2) Descaracterizar a lógica de encaminhamentos somente via papel, permitindo aprimorar as ações compartilhadas e relações diretas, especialmente entre o ACS junto aos profissionais do CAPS, propondo repensar o acompanhamento integral de usuários em sofrimento psíquico no território;
- 3) Estimular a participação do ACS em reuniões e discussões de caso, como em matriciamento, considerando que estes profissionais estão e são conhecedores do território por serem moradores e por atuarem na USF que assiste à sua comunidade;

<sup>118</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

<sup>119</sup> Dados do diário de bordo. Pesquisa realizada na UBS SBC em 26 de outubro de 2015.



- 4) Permitir oportunidades para que os profissionais tanto do CAPS, como da UBS conheçam e troquem experiências frequentemente sobre os recursos, atribuições e estruturas presentes no território e ambos os serviços;
- 5) Aprimorar a aproximação do CAPS ao território, através do auxílio do ACS, proporcionando um conhecimento qualificado sobre a área e local em que reside o usuário inserido no CAPS, sua família e contextos;
- 6) Melhorar os espaços relacionados as devolutivas de casos compartilhados entre profissionais do CAPS junto aos profissionais da UBS, incluindo o ACS, por meio de discussões de casos, reuniões/matriciamento e visitas domiciliares, propondo a continuidade da atenção ao cuidado e fortalecimento da garantia de continuidade do usuário em seu tratamento.
- 7) Estimular o uso de instrumentos estratégicos como KANBAN, pretendendo fortalecer as discussões entre a Rede, possibilitando aprimorar a qualidade e a garantia de continuidade ao cuidado integral ao usuário.

**Fonte:** Elaborado pelos sujeitos pesquisados.

Diante disso, para que haja mudanças na gestão e na atenção do cuidado integral, é preciso que haja a compreensão de todos os setores em relação à importância destas articulações, inclusive do consenso dos gestores, priorizando e validando estas ações como estratégias provedoras de mudanças no cuidado direcionado ao usuário em sofrimento psíquico inserido na UBS em que coordena.

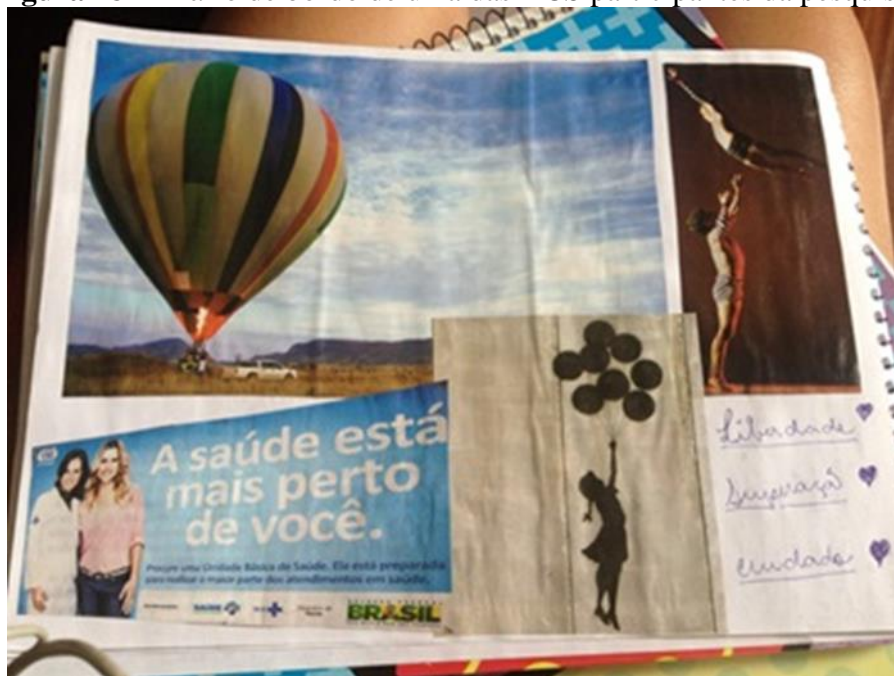
Reconhecer a ABS como componente fundamental para a RAPS é promover a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado integral em saúde, tratando-o como responsabilidade de todo o território, ampliando e articulando os “pontos de atenção à saúde” para aos usuários em sofrimento psíquico e respeitando aos “[...] direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas” no âmbito do SUS (BRASIL, 2011, p. 1). As falas abaixo e a imagem do diário de bordo de uma das ACS participantes da pesquisa demonstram a compreensão e apreciação destas discussões:

Trabalhar junto, gente, é muito melhor. (ACS 1)<sup>120</sup>

<sup>120</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 21 de setembro de 2015.

É, um sem o outro é como se fosse uma pessoa com um braço só, né? (ACS 3)<sup>121</sup>

**Figura 18** – Diário de bordo de uma das ACS participantes da pesquisa.



**Fonte:** Fotografia da autora.

<sup>121</sup> Dados da oficina. Pesquisa realizada na UBS SBC em 4 de abril de 2016.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. (FREIRE, 2014, p.1)

Ao iniciar a construção do pré-projeto desta pesquisa, não era possível imaginar para quais caminhos ele se dirigiria. Os objetivos iniciais se relacionavam a mera identificação das dificuldades encontradas pelos profissionais da ABS em relação à articulação com os demais serviços da rede de saúde mental e como auxiliá-los no aprimoramento do cuidado.

Pensando em como materializar estas ações, surgiram as oficinas como ferramentas que poderiam pôr em prática estas discussões, de forma a torná-las mais vivas e mais interessantes. No entanto, para que estas vivências acontecessem e provocassem transformações reais, os objetivos não poderiam ser direcionados somente para a dinâmica de cuidado e processos de trabalho da UBS, mas também para as práticas intrínsecas de cada profissional. Esta era uma preocupação desde o início deste estudo, porque se entendia que as propostas apresentadas durante as oficinas deveriam estar relacionadas ao contexto em que se aplicavam, considerando os interesses e visões de cada participante, além da intenção de que sua aplicação se distinguisse de capacitações, cursos e treinamentos, que esses profissionais constantemente recebem, decoram e tentam adequar para a sua prática.

Como não tornar esses espaços cansativos, monótonos e desinteressantes? O desejo era de que a participação nestas Oficinas provocasse mudanças internas relacionadas ao cuidado em saúde mental e no cuidado integral do ACS participante, considerando que essas assistências deveriam ser realizadas em serviços comunitários de saúde, especialmente na ABS. Era necessário pensar em um processo que fizesse sentido a todos os envolvidos, desde a gestão, que deveria priorizar esses espaços de formação, até cada profissional, visto que não deveria ser obrigatório.

O convite direcionado aos ACS foi uma aposta da pesquisadora, como terapeuta ocupacional pertencente à equipe do CAPS, após vivenciar com estes profissionais o compartilhamento do cuidado integral no território, observando as possíveis potências dessa parceira no cotidiano de trabalho. O fato de atuar e residir na mesma comunidade permite que o ACS auxilie na identificação e na viabilização do cuidado em saúde mental no território, atuando junto aos profissionais do CAPS. O problema é que esse movimento ainda é camuflado,

visto que as parcerias pouco acontecem. Isso torna clara a necessidade de se apresentar relatos e estudos que demonstrem a valorização dessas relações.

O convite direcionado aos usuários em sofrimento psíquico, para participarem das oficinas, tratava-se, inicialmente, de uma ideia utópica da pesquisadora. Convidá-los para compartilhar suas histórias de vida fazia parte de sua construção imaginária, ao pensar que, abrindo espaços nas oficinas para escutá-los, poderia desencadear uma transformação do cuidado voltado a eles naquele território.

Após a elaboração do projeto, da construção das oficinas e da organização daqueles espaços, a pesquisa foi posta em prática. Desde o seu primeiro dia, foi possível notar a importância da realização de oficinas contextualizadas com a atuação das participantes, visto que, se o desejo da pesquisadora era tornar este projeto um diferencial no processo de trabalho destas profissionais, era preciso, desde o início, torná-lo um projeto de construção coletiva. Antes de tudo, era crucial se abrir à escuta de cada participante. Não era possível ignorar às demandas de autocuidado de cada profissional, as reclamações em relação ao distanciamento da equipe do CAPS no cotidiano de trabalho e os sentimentos de menos-valia, de se ver só no território, e o desejo de não aproximação direta com os loucos nos espaços da UBS.

Nesta perspectiva, os medos e estigmas que se apresentaram nas falas iniciais destas profissionais, em relação ao contato com os usuários em sofrimento psíquico no cotidiano de trabalho e em vivências na comunidade, demonstram o quanto o cuidado em saúde mental está associado a imagens da loucura na sociedade, que, apesar dos avanços, os preconceitos ainda não foram superados pelas visões manicomiais.

Realizar este estudo, tendo campo de pesquisa o município de São Bernardo do Campo/SP, tornou o desafio de modificar as concepções acima palpável, considerando que, atualmente, há um investimento importante em relação ao cuidado em saúde na cidade, estando entre as prioridades de atenção dessa gestão.

Até pouco tempo atrás, mais especificamente, antes do ano de 2009, realizar este estudo neste município talvez não fosse possível, posto que a vida e o cuidado em saúde do louco não eram prioridade (ou não eram aceitos) na comunidade. Seu lugar era o inóspito hospital psiquiátrico! As internações fechadas eram o único caminho para um cuidado que se arrastava indefinidamente ou até por uma vida toda.

O atual investimento econômico e político na ampliação de serviços comunitários substitutivos ao cuidado asilar, em estruturas físicas e recursos humanos, tornou o cuidado em saúde mental na cidade uma referência nacional. A compreensão da Coordenação de Saúde Mental do município em validar os direitos de viver em liberdade, permitiu tornar a RAPS, em

todo o território municipal, 100% substitutiva, ou seja, não há hoje internações fechadas em manicômios e, conseqüentemente, não há leitos financiados pelo SUS no hospital psiquiátrico ainda existente na cidade.

Contudo, investir amplamente em equipamentos da RAPS não garante que o usuário em sofrimento psíquico tenha os mesmo direitos e chances de um cidadão “não-louco”. Isso evidencia que uma sociedade sem manicômios não se faz somente anulando e desconstruindo muros e demais estruturas físicas. Pelo contrário, é necessário investir em ações estratégicas que auxiliem na modificação e nas formas de pensar a organização e a prática de cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, realizar estudos pautados na Reforma Psiquiátrica e na reabilitação psicossocial são desafios importantes, visto que ainda há pensamentos de exclusão em relação ao lugar social do louco, sendo este negado em muitos espaços na cidade. Na ABS, o cuidado em saúde mental ainda é considerado um tabu, o que evidencia as dificuldades na assistência em saúde mental para o cotidiano dos serviços de saúde.

As falas das ACS, durante a pesquisa, revelaram sua compreensão (e solidariedade) em relação à importância do cuidado em liberdade e o fim da crueldade experimentada em manicômios. Todavia, o entendimento, o conhecimento e até o desejo da prática deste cuidado ainda apontavam para manter os usuários da saúde mental em espaços institucionalizados, como o CAPS. O cuidado integral e o acesso aos serviços de saúde no território ainda não eram vislumbrados por elas.

Quando os usuários em sofrimento psíquico foram convidados pela pesquisadora para o segundo dia de oficinas com as ACS, o fato de não as comunicar previamente e levá-los para participar do encontro demonstrou as limitações e as dificuldades relacionadas à visão daquele cuidado em espaços além do CAPS, sendo possível observar, na prática, o quanto ainda é necessário percorrer para garantir que o cuidado integral em saúde aconteça.

As vivências com estes usuários, que a princípio se limitavam a uma oficina, foram se tornando essenciais para que o processo acontecesse. Ouvir os relatos de cada história de vida em manicômios e como o cuidado era realizado antes da inserção dessa RAPS foi uma forma de compreender como estes sujeitos se enxergavam em relação ao tratamento doloroso que recebiam.

O desejo da pesquisadora era de que, com a participação de usuários, as relações se tornassem horizontais, em que a imagem do incapaz, inválido e perigoso fosse substituída pelo lugar e contorno visual dos próprios usuários em sofrimento psíquico, vistos que possuem desejos e necessidade como todo usuário do SUS, sendo, ainda, detentores de saberes que

validam e auxiliam na qualificação do cuidado não somente em saúde mental, mas integralmente no território.

Dessa forma, o estímulo ao protagonismo dos participantes, tanto dos ACS quanto dos usuários da saúde mental, se dispôs como o caminho de construção desta pesquisa. O percurso metodológico foi se construindo a cada oficina, em encontros de trocas afetivas e focadas na atenção integral à saúde do usuário, a qual pode se fortalecer com a articulação dos serviços da RAPS.

O caminho das oficinas foi sendo definido no próprio *caminhar* dos participantes. A pesquisa constituiu-se como um trabalho em movimento, que precisou ser revisto de acordo com seu desdobramento e com as vivências da pesquisadora junto às ACS e aos usuários – e no conjunto de todo o grupo. Deste modo, buscou-se pesquisar com o grupo e não sobre o grupo, possibilitando que os integrantes se enxergassem como participantes ativos, ancorados em uma produção de protagonismo, participação social e superação de estigmas.

A EPS, utilizada como norte da construção das oficinas, favoreceu a elaboração do processo de criação coletiva e aprendizagem significativa, compreendendo que, quando as relações afetivas são permitidas entre o grupo, torna-se possível aprender ao mesmo tempo em que se ensina. Assim sendo, pode-se considerar a EPS como uma importante estratégia para compor os desafios que a Reforma Psiquiátrica apresenta na construção da RAPS.

A participação de usuários na composição das oficinas, como atores ativos, junto à pesquisadora e aos ACS, em uma relação de igualdade de valorização de saberes, tornou-se essencial para se repensar as novas práticas de cuidado integralizado e inserido no território. Este foi um fator que não estava previsto no projeto inicial da pesquisa, mas que foi transcorrendo conforme as descobertas e experiências vividas. Ressalta-se que esta participação ocorreu somente em três oficinas. Contudo, hoje, revendo a proposta, a inserção em todos os processos e momentos das oficinas, certamente, as tornariam mais efetivas.

Durante as vivências, foi possível exercitar a valorização da escuta, colocar-se no lugar do outro, identificar as potências e valorizar o protagonismo. O escopo desta prática investigativa foi esclarecer aos profissionais de saúde, particularmente os ACS, os avanços significativos da Reforma Psiquiátrica no município de SBC e em todo o país, assim como desvelar o cuidado integral à saúde, repensando as práticas e organizações dos serviços de saúde para além dos espaços institucionalizados, de modo a redefinir o lugar da diferença do usuário em sofrimento psíquico na sociedade.

É possível entender, diante do aludido, que não são, necessariamente, as oficinas aqui propostas que irão mudar a forma como cada ACS pensa o cuidado em saúde mental, mas, sim,

as relações afetivas, as trocas de experiências, as vivências, o conhecimento dos serviços da RASP e, até mesmo, as histórias de vida de cada usuário. São esses elementos que podem abrir as portas para esse caminho. Isso porque as ações que compõem este processo fazem parte de uma invenção coletiva, que, de forma ativa, buscam incitar o ACS, tornando-o profissional protagonista, desempenhando um papel importante no cuidado integral e na desconstrução das práticas de institucionalização da loucura no território.

Espera-se que os caminhos traçados por aquele grupo, nesta pesquisa, mantenham-se vivos, assim como se espera que os momentos vivenciados sejam experiências que não fiquem somente registradas nos diários de bordo, fotografias, desenhos e projeto construído, mas que outros pesquisadores, profissionais de saúde e usuários do SUS tenham acesso a eles, através deste estudo e do subsequente guia. E, ainda, que sejam um estímulo para que mais ações e pesquisas utilizem da estratégia da construção conjunta, pelo viés das relações horizontais que valorizam os saberes, de modo a promover trocas afetivas que auxiliem os ACS e demais profissionais de saúde a sustentarem as diferenças, tornando-se parceiros no cuidado em saúde e na Luta Antimanicomial.

A título de concluir, é preciso reafirmar que valorizar as relações afetivas é um ponto fundamental. Este estudo é uma forma de demonstrar isso. Torna-se evidente, portanto, que o cuidado em saúde mental deve ocorrer a partir do incentivo ao protagonismo e da valorização das relações horizontais com usuários em sofrimento psíquico, de modo a fazê-lo através de uma rede de solidariedade, respeito e cumplicidade no território em que habitam. Conforme Clarinha, uma usuária que participou de alguns encontros:

Então, a gente vai se cuidando de acordo com cuidado que vão nos oferecendo; através do olhar, do amor, porque não é só o profissional, é também a presença do amor incondicional, que é aquilo que a gente espera e que acontece. É isso. Sejam bem-vindos ao CAPS vocês também. Aqui é uma nova vida! (Clarinha)<sup>122</sup>

---

<sup>122</sup> Dados da oficina. Pesquisa de campo realizada na UBS SBC em 17 de setembro de 2015.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Educação popular na Atenção Básica à Saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ASSOCIAÇÃO DE VOLTA PARA CASA. Movimento da Luta Antimanicomial. **Associação De Volta para Casa**, 2016. Disponível em: <<http://www.assdevoltaparacasa.org.br/page9.htm>>. Acesso em: 29 mai. 2016.
- ASSOCIAÇÃO MENTE ATIVA. Feliz-cidade. Youtube, 27 de setembro de 2016. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=TeERB48kvpA>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- ASSOCIAÇÃO MENTE ATIVA. **Principais Ações**. São Bernardo do Campo: Ministério da Saúde / Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, 2012.
- BAPTISTA, A; LEE, R. Balada do louco. *In*: MUTANTES, Os. **Mutantes e Seus Cometas no País do Baurets**. Rio de Janeiro: Polydor Records, 1972. Faixa 6. 1 disco de vinil.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. A temática e suas interfaces. *In*: BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. **Concepções e Práticas de Saúde Mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BICHUETTI, J.; FORTUNA, M. C. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200024>>. Acesso em: 11 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 4 out. 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, n. 34. (Série *Cadernos de Atenção Básica*)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **II Chamada para Seleção de Redes Visitantes para o Projeto “Percursos Formativos na RAPS: intercâmbio entre experiências”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CAREGNATO, C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CASTRO, M. Com reforma, número de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu 40%. **Agência Brasil**, ago. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/com-reforma-numero-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminuiu-40-em>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, L. C. O. *et al.* **Os Mapas do Cuidado:** o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE. EPS em Movimento: Depoimento de Merhy. **Youtube**, 2014b. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

COMUNICAÇÃO EDUCA SAÚDE. EPS em Movimento: Laura Camargo Macruz Feuerwerker. **Youtube**, 2014a. Disponível em: <[http://www.youtube.com/watch?v=x791Rw9\\_B8k](http://www.youtube.com/watch?v=x791Rw9_B8k)>. Acesso em: 5 ago. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo:** uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. São Paulo: CRM-SP, 2010.

CORDEIRO, R. P. Casa das Violetas: 5 anos de liberdade. **Youtube**, 2015. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=XKgqoRZT0Hk>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

CREFITO-3. A Desinstitucionalização de Pacientes com Transtornos Mentais. **Youtube**, 2015. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=zJd1bEvbSSQ>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrista:** cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DEL CIAMPO, A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

DIAS, B. C. Hoje, no Brasil, só defende o hospital psiquiátrico quem faz gordo negócio com ele. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, mai. 2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2015/05/hoje-no-brasil-so-defende-o-hospital-psiquiatrico-quem-faz-gordo-negocio-com-ele/>>. Acesso em: 9 set. 2016.

DOBIES, D.V.; FIORONI, L.N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 285-299, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a05v14n33.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, I. M. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 2009.

FORTUNA, M. C. *et al.* O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. Ensinar exige saber escutar. *In*: FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GALLETTI, M. C. **Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: UCG, 2004.

HARDT, M. O trabalho afetivo. *In*: NÚCLEO DE ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. **O Reencantamento do Concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LIBERMAN, F. **Delicadas Coreografias: instantâneos de uma terapia ocupacional**. São Paulo: Summus Editorial, 2008.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface**, Botucatu, 2015.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0593.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

LUSSI, I. A. A.; PEREIRA, M. A. O.; JUNIOR, A. P. A proposta de reabilitação psicossocial de Sarraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, mai./jun. 2006.

MAGALHÃES, N.; CAMARGO, J. A. **Não é Coisa da Sua Cabeça**. São Paulo: Gutenberg, 2012.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. *In*: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MANSANO, S. R. V. Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 493-511, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a15.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leitura de Novas tecnologias e Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 29-56. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

NOAL, M. H. O. Da internação à reabilitação: uma construção coletiva em Santa Cruz do Sul, RS. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 27-41, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1765>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas: OMS, 1990. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas)>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. **World Health Organization**, 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_R4-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. **Business Model Generation: inovação em modelos de negócios**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 14, n. 2, p. 549-569, 2007.

PITTA, A. Prefácio. In: SOUZA, A. C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento de marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

PRESSOTO, R. F. *et al.* Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, out. 2013.

QUINTAS, R. M. **A Ação Territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto Indicativo de Sua Natureza Substitutiva**. 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

REVERBEL, C. M. F. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 16, p. 4-11, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

NETO, P. M. R.; AVELLAR, L. Z.. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. **Psicologia & Sociedade**, Vitória, v. 28, n.1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p162>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

ROVERE, M. *Comentarios estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”*. **Interface**, Buenos Aires, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a14.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

SADE, C. *et al.* O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2813-2824, 2013.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Divisão de Saúde Mental. **Rodas de Conversa no Território com Agentes Comunitários de Saúde / Descortinando a Loucura: direitos humanos e saúde mental**. São Bernardo do Campo: Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo, 2012.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Saúde Mental: tratamento aberto com respeito e cidadania**. São Bernardo do Campo: Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, 2013a.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Territorialização: o conhecimento vivo das regiões de saúde do município**. São Bernardo do Campo: Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, 2013b.  
SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Saúde mental. Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo**, 2015. Disponível em: <<http://www.saobernardo.sp.gov.br/saude-mental>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SAMPAIO, J. J. C. Prefácio. *In:* BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. **Concepções e Práticas de Atenção à Saúde Mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In:* PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-18.

SILVIA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, L. F. R.; CIPULLO, M. A. T.; IMBRIZI, J. M.; LIBERMAN, F. Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do profissional de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 189-203, 2014.

SILVEIRA, C. H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde do Brasil. *In:* BATTAGLIN, P. H.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, 2006, p. 31-65.

SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. L.; MORAES, M. Escrever COM: uma experiência ético-política de pesquisa. **Mnemosine**, Porto Alegre, n. 1, p. 2-22, 2014. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/328/302>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

SOARES-FILHO, E. V. M. S. **Como Pensam os Humanos: frases célebres**. São Paulo: EUD, 2016.

SOUZA, A. C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. **Escritos de Enfermagem**, Pelotas, 2008.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As Autoras, 1999.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
*Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências  
da Saúde*

### **PESQUISA:**

**Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica:  
Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está convidado a participar da pesquisa: **Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde**

O objetivo deste estudo é descrever e analisar a implantação de Oficinas, como estratégias de Educação Permanente em Saúde na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Atenção Básica em Saúde junto a Agentes Comunitários de Saúde e usuários convidados no município de São Bernardo do Campo/SP. Estas Oficinas buscam promover a aproximação entre as práticas realizadas no território direcionadas ao usuário em sofrimento psíquico, por meio da constituição de um espaço de trocas, aprendizagem e criação de ações coletivas entre os agentes comunitários e todos os envolvidos no cuidado a esta população.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que você faça parte das atividades propostas pela pesquisadora, tais como Oficinas, Visita aos serviços de Saúde Mental e Roda de Conversa, levando em consideração a sua disponibilidade. Também será necessária a sua autorização para o registro das atividades na forma de diários e/ou relatórios e uso de vídeo e/ou imagem fotográfica.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento. Você pode deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com o pesquisador e outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito de pesquisa.

O Diário de Bordo e demais atividades por você realizadas serão utilizadas como instrumentos de dados na pesquisa, respeitando-se completamente o seu anonimato. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador afirma seu compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimentos e eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é a Sra. Priscilla Regina Cordeiro, que pode ser encontrada no endereço Rua Pedro Jacobucci, 470, Vila Euclides – São Bernardo do Campo ou pelos telefones: (11) 4348-1638/ 43481637 ou (11) 958408979 ou ainda pelo e-mail cordeiro\_to@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1.º andar – Cj. 14, pelos telefone (11) 5571.1062, FAX.: (11) 5539.7162 ou por e-mail, através do cepunifesp@epm.br .

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi deixa claro os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo ou penalidade como profissional. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

-----  
Assinatura do Voluntário/Representante Legal

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional ou representante legal para a participação neste estudo. E ciente que uma via ficará com o pesquisador, bem como terei uma via deste documento.

-----  
Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



**APÊNDICE B – PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO**

PRISCILLA REGINA CORDEIRO

PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> FLAVIA LIBERMAN

**GUIA DE OFICINAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:**

“Multiplicando Agentes de Reinserção da Loucura na Comunidade”

Santos  
2016

## **INTRODUÇÃO**

A Reforma Psiquiátrica, que prevê a substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental, é um movimento em constante transformação no país, que necessita de investimento progressivo em ações e serviços de saúde que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diante disso, com a redução de leitos psiquiátricos e o investimento no cuidado em liberdade, busca-se expandir a atenção integral em saúde do usuário em sofrimento psíquico na comunidade, necessitando, para isso, repensar constantemente a forma de organização do cuidado nos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216, de 2001).

Promover estratégias de aproximação por meio de ações de saúde mental nos espaços da Atenção Básica em Saúde (ABS), como o ponto principal para a atenção integral em saúde, pode auxiliar os profissionais de saúde nesse cuidado, desmitificando os receios e estigmas em relação à imagem que sociedade mantém sobre o convívio com a loucura.

O mestrado profissional busca estimular ações educativas inovadoras, de modo a possibilitar que o mestrando interaja com o conhecimento adquirido e a prática de atuação profissional de forma criativa e crítica. Utilizando-se de estratégias da Educação Permanente em Saúde, proporciona a aprendizagem por meio da atuação reflexiva, que surge através das demandas e da problematização do cotidiano do trabalho.

Considerando tais fatores, propôs-se elaborar um guia como produto técnico que constitui-se como parte dos resultados do estudo *Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde*.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Criar um guia como um instrumento norteador, composto por oficinas busquem estimular a práticas inovadoras e ampliem as possibilidades da atenção integral à

saúde do usuário em sofrimento psíquico, intensificando a articulação com os serviços pertencentes a RAPS.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Qualificar as ações profissionais de agentes comunitários de saúde (ACS) estimulando-os a serem multiplicadores do cuidado integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico, visando formar parceiras e lideranças importantes na Luta Antimanicomial no território.

- Promover espaços de trocas de experiências e de criação coletiva, entre os ACS e usuários em sofrimento psíquico convidados, de modo a inventar propostas que contribuam para a qualificação e intensificação da articulação da RAPS, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

## **MÉTODO**

A partir de vivências no cotidiano de trabalho em um território referenciado por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), observa-se que a assistência do cuidado integral na articulação dos serviços na Rede em Saúde Mental se demonstra fragmentada em relação à assistência articulada em uma rede de atenção integral. Utilizar a Educação Permanente em Saúde como estratégia neste contexto, pode auxiliar na transformação da prática no cotidiano de produção em saúde, como estímulo para a construção coletiva de ações descentralizadoras voltadas as necessidades de saúde da população, no sentido de vincular de maneira efetiva a Saúde Mental à Atenção Primária.

Compreendendo a necessidade de se repensar o cuidado em saúde mental através de práticas e ofertas inovadoras, o guia mantém como público alvo, pelo menos, como se pressupõe, os ACS, o que não impede, entretanto, que outros profissionais de saúde possam usufruir e participar ativamente das atividades e discussões propostas durante as oficinas. O ACS, nesse viés, é compreendido como profissional que desempenha um papel importante no cuidado em saúde, sendo essencial na assistência, em parceira com as equipes do CAPS, no território.

Quando manuseado pelas equipes do CAPS, o guia poderá ser aplicado em diferentes contextos e, possivelmente, ser adaptado a diversas realidades na órbita da ABS.

Este instrumento, portanto, é direcionado a todos aqueles que desejam se aproximar do cuidado do usuário em sofrimento psíquico a partir do olhar do outro, buscando tratar cada participante desse processo como uma figura fundamental na composição do grupo. Provocado pelas relações horizontais, espera-se que este material possa ser acessado pelos trabalhadores de saúde e que estes se permitam experimentar as vivências e ações junto aos usuários em sofrimento psíquico que virão a ser convidados pelos moderadores de oficinas ou pelos demais profissionais a participar do grupo.

Apresenta-se organizado em 8 encontros, sendo um para apresentação das propostas do guia e organização dos acordos para o seu acontecimento, seis oficinas e uma roda de conversa.

Para cada oficina prevê-se o total de uma hora de duração, em que as atividades foram organizadas para terem uma duração de 40 minutos, garantindo tempo para a reflexão coletiva e o encerramento do encontro do dia.


A seguir, o guia, como produto final, composto pelas as oficinas e atividades sugeridas.



# GUIA DE OFICINAS

COM AGENTES  
COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NA REDE  
DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

“Multiplicando Agentes  
de Reinserção da Loucura  
Na Comunidade”



Santos, 2016

Priscilla R. Cordeiro  
Profª Drª Flavia Liberman

A Reforma Psiquiátrica, que prevê a substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental, é um movimento em constante transformação no país, que necessita de investimento progressivo em ações e serviços de saúde que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diante disso, com a redução de leitos psiquiátricos e o investimento no cuidado em liberdade, busca-se expandir a atenção integral em saúde do usuário em sofrimento psíquico na comunidade, necessitando, para isso, repensar constantemente a forma de organização do cuidado nos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216, de 2001).

Promover estratégias de aproximação por meio de ações de saúde mental nos espaços da Atenção Básica em Saúde (ABS), como o ponto principal para a atenção integral em saúde, pode auxiliar os profissionais de saúde nesse cuidado, desmitificando os receios e estigmas em relação a imagem que sociedade mantém sobre convívio com a loucura.

No contexto da reabilitação psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) torna-se um serviço fundamental na rede de saúde, que busca promover a desinstitucionalização e tenta orientar e auxiliar a articulação entre os serviços, em conjunto com os profissionais da ABS, por meio da produção da singularidade e da cidadania e do favorecimento das relações do sujeito com sua comunidade.

O presente guia constitui-se como parte dos resultados da pesquisa Oficinas de Articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Básica: dispositivos para a educação permanente de agentes comunitários de saúde, como produto final desenvolvido durante a formação da pesquisadora no Curso de Mestrado Profissional de Educação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/Baixada Santista).

## APRESENTAÇÃO

Realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma região do município de SBC, esta pesquisa teve como objetivos intervir e implementar, por meio de oficinas, ferramentas para a intensificação da articulação entre dos serviços pertencentes a RAPS. A prática investigativa teve como público-alvo os agentes comunitários de saúde (ACS) e se desenvolveu em espaços de trocas de experiências, aprendizagem e criação de ações coletivas, com a participação de usuários em sofrimento psíquico especialmente convidados. O ACS, nesse viés, é compreendido como profissional que desempenha um papel importante no cuidado em saúde, sendo, essencial na assistência em parceria com a equipes do CAPS no território.

Esperamos que as oficinas, as atividades e as discussões estimulem a práticas inovadoras que ampliem as possibilidades do cuidado compartilhado na ABS e qualifiquem as ações profissionais, tornando os ACS parceiros e multiplicadores do cuidado integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico. E mais: que as relações horizontais, oportunizadas pelos encontros com a participação dos usuários, validem a voz e a potência de todos os participantes, de modo a inventar coletivamente alternativas que busquem superar os desafios, formando parceiros e lideranças importantes na Luta Antimanicomial no território.

**Bom trabalho, boas reflexões  
e ótimas invenções coletivas!**

## SUMÁRIO

O CONVITE - Aquecimento	05
OFICINA - (Re)conhecendo a Rede Viva	07
ATIVIDADE - Cenas temidas	07
ATIVIDADE - Expectativas	08
OFICINA - Vivenciando a rotina, conhecendo a Prática	10
ATIVIDADE - (Re)inventando o território	11
OFICINA - Quebrando Paradigmas	11
ATIVIDADE: Desinstitucionalizando o cuidado	12
OFICINA - Conhecendo a RAPS	
- Assimilando as experiências	13
ATIVIDADE: O Território como cenário de cuidado	13
	14
OFICINA - Prática, Ação e Equipe	14
ATIVIDADE - Rede: Fortalecendo as Trocas em Equipe	17
OFICINA: Cartografia de Forças	18
ATIVIDADE - Construção do Ecomapa: Traçando Caminhos	18
OFICINA - Articulação das Redes de Saúde	
- Problemas e Criações	20
ATIVIDADE - Identificação de problemas e criações	20
ATIVIDADE - Repensando a prática, criando soluções	22
OFICINA - O que faremos com que aprendemos?	23
ATIVIDADE - Finalizando o projeto coletivo	24
ATIVIDADE - Caixa de Ferramentas	25
RODA DE CONVERSA - Expressão e Parceira	26
SUGESTÕES PARA LEITURA	27



## O CONVITE - Aquecimento



Para iniciar este espaço na UBS, é essencial uma discussão inicial com toda a equipe que irá participar das oficinas e com o gestor da unidade, de modo a realizar os primeiros acordos em relação aos dias, horários reservados e local onde os encontros vão acontecer. Busque envolver todo o grupo nessa discussão.

Entende-se que você já apresentou a proposta para o gerente da UBS anteriormente e que vocês pactuaram, minimamente, o respeito aos espaços nas agendas dos profissionais para esses momentos. Da mesma forma, então, é importante, nesta discussão, que se estabeleça a duração de cada encontro. A proposta inicial é que cada oficina dure 1 (uma) hora, tendo em vista cerca de 45 minutos para cada atividade e 15 minutos para o fechamento (ritual de finalização e organização da sala).

Lembre-se: o apoio da gestão é fundamental para que este projeto aconteça!

## O CONVITE - Aquecimento

Antes de apresentar o projeto para os profissionais da UBS, leia bem este guia e compreenda suas propostas, para que você possa argumentar e fortalecer os acordos.

Este é o momento ideal para sensibilizar a equipe acerca da importância dessas oficinas, bem como lhe informar quais são seus objetivos.

**Convite aos usuários:** a participação de usuários em sofrimento psíquico, acompanhados pelo CAPS, é fundamental. Converse com sua equipe, para que ela lhe ajude a identificar usuários que poderão se interessar ou se beneficiar de serem possíveis candidatos a participar deste projeto.

É essencial que os usuários participantes compreendam os objetivos deste guia e, também, das oficinas.

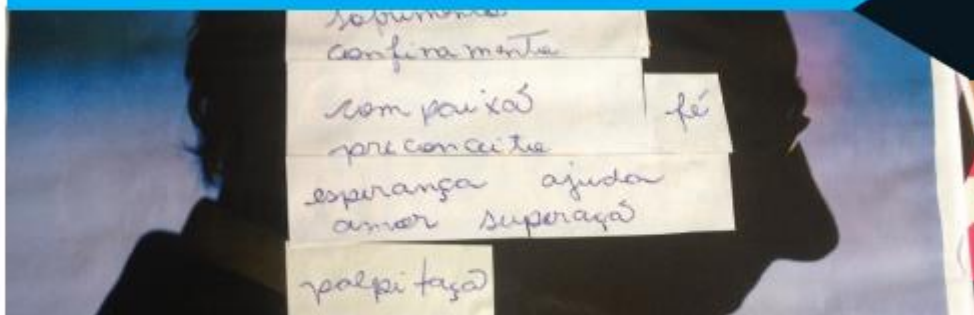
Todos os usuários convidados precisam, antes de tudo, compreender que serão importantes integrantes do grupo. Sugere-se uma breve explicação sobre a participação efetiva e o compartilhamento de suas experiências, enquanto usuários em sofrimento psíquico, que serão cruciais para que se possa atingir os objetivos dos encontros.

Este momento poderá ser o primeiro passo para o fortalecimento e reconhecimento do protagonismo do usuário, compartilhando com ele o seu valor neste coletivo.

## OFICINA - Reconhecendo a Rede Vida

O primeiro dia de oficina é o momento em que o grupo precisa se conhecer e entender qual o desejo e expectativa de cada participante em fazer parte desses espaços. Como moderador, é importante que você esclareça, novamente, o porquê de se trabalhar com a ajuda deste guia e as estratégias propostas nas oficinas. Ainda neste encontro, é importante conhecer as expectativas individuais e coletivas.

## ATIVIDADE - Cenas Temidas



**Objetivo:** \_\_\_\_\_

Realizar, em grupo, uma reflexão sobre a imagem social da loucura na sociedade, a partir da própria percepção. Descrever as cenas temidas quando se pensa no contato com o louco.

**Preparação:** \_\_\_\_\_

Em duplas, cada integrante deve obter uma caneta e uma cartolina. Pendure as cartolinas na parede. Solicite que um colega da dupla desenhe a fisionomia do outro e vice-versa

**Ação:** \_\_\_\_\_

Já com as suas fisionomias traçadas, cada integrante deve descrever, dentro de seu corpo na cartolina, as cenas que teme ao se imaginar em contato com um louco, ou como é experimentar, em seu interior, o sentimento de exclusão e preconceito

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
Com os desenhos em mãos, peça a cada participante que compartilhe com os demais integrantes do grupo sua experiência e o que as palavras descritas em cada desenho representam. Você pode associar este momento às discussões sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o cuidado em liberdade e no território.

## Atividades - Expectativas

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Compreender o que os participantes estão esperando das oficinas e como se enxergam dentro delas. Tais informações ajudam a “quebrar o gelo” e a entender quais as expectativas do grupo.

**Preparação:** \_\_\_\_\_  
Entregue canetas ou lápis e uma quantidade de post-its para cada participante.

*Comunicação  
entre o Serviço  
e o Usuário*

**Ação:** \_\_\_\_\_  
Durante a atividade, dispare perguntas relacionadas às expectativas. Por exemplo:

- 1) O que esperam desses encontros?
  - 2) O que esperam encontrar e vivenciar nas oficinas?
  - 3) Quais as dificuldades que, hoje, enxergam na rede, em relação ao cuidado em saúde mental e aos vínculos com o usuário em sofrimento psíquico?
  - 4) Que dificuldades percebem relacionadas ao processo de trabalho e à articulação dos serviços da RAPS?
- Solicite que escrevam as respostas nos post-its.

*Conhecer os  
serviços da  
RAPS*

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
Discuta os resultados com os participantes, relacionando os objetivos do guia às expectativas, experiências e dificuldades apresentadas.

## CUIDADO!

Ao observar que no grupo há integrantes com dificuldades para escrever ou elaborar a atividade, solicite, no início da oficina, que o grupo se divida em duplas e façam todas as atividades em conjunto.

É muito importante garantir a esses participantes que eles não se sintam constrangidos ou excluídos das atividades.



É uma boa ideia concluir cada oficina em alto astral.

Ao final de cada encontro, como um movimento de ritualização, o moderador pode sugerir que, de mãos dadas, o grupo forme um círculo, e, para cada oficina, os participantes escolham uma ou mais palavras que representam o encontro, repetindo juntos, no desejo de torná-la real.

As aproximações e os vínculos que se criam a cada encontro simbolizam as conexões possíveis de serem articuladas em rede e na comunidade. Guarde as palavras para lembrá-las na última oficina.

## PARA REFLETIR

## OFICINA - Vivenciando a rotina, conhecendo a prática



Este guia, além de possibilitar encontros saudáveis a todo o grupo, é também uma estratégia de inclusão da saúde mental na ABS, prevendo possibilidades que favoreçam o compartilhamento adequado do cuidado em saúde, entre as equipes do CAPS e UBS, direcionado aos usuários em sofrimento psíquico.

Para isso, é importante que o moderador conheça o local e a dinâmica de cuidado que o território já oferece a essa população. É essencial que se compreenda como cada profissional do grupo entende o cuidado e como o realiza no dia-a-dia. Do mesmo modo, é importante escutar como os usuários participantes se sentem cuidados no território.

O formato deste guia possibilita que cada encontro seja moldado de acordo com o local e a organização do grupo. Assim sendo, no dia desta oficina, o próprio grupo é quem irá guiar o encontro, apresentando e circulando pelo seu território.

## ATIVIDADE - (Re)inventando o Território

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Vivenciar junto ao grupo os espaços na comunidade, escolhidos pelos participantes como característico daquele território, visando a conhecer a rotina, os processos de trabalho e como se dão as relações nesses lugares.

**Preparação:** \_\_\_\_\_  
Para uma melhor organização desta oficina, é interessante combiná-la previamente (no encontro anterior com o grupo) com os participantes, identificando quais locais seriam interessantes visitar para caracterizar o território. A possibilidade é grande: visitar residência de usuários, participar de grupos junto à comunidade, conhecer clubes, igrejas, estabelecimento, e assim por diante.

**Ação:** \_\_\_\_\_  
Realize as visitas nos locais escolhidos pelo grupo e junto ao grupo.

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
As conversas sobre as vivências promovidas por esta atividade podem ocorrer até durante a ação. É importante que o moderador observe como cada participante se enxerga e convive em sua comunidade.

## OFICINA - Quebrando Paradigmas

Uma estratégia para ofertar o melhor cuidado ao usuário em sofrimento psíquico é escutá-lo. Muito mais intenso do que assistir a palestras sobre os temas relacionados a Reforma Psiquiátrica é ouvir as experiências e histórias de quem sabe quais são as dificuldades reais da internação fechada e da vida dentro dos manicômios.

Esta oficina é dedicada às novas formas de (re)pensar a organização do cuidado em saúde mental no território. Nela, os condutores do encontro são os usuários em sofrimento psíquico.

## ATIVIDADE - Desinstitucionalizando o cuidado

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

Propor uma conversa sobre a realidade do cuidado manicomial em hospitais psiquiátricos, compartilhando experiências e reflexões sobre a diminuição de leitos e o fechamento das instituições de longa permanência e sobre a importância da articulação da rede de saúde e do cuidado em liberdade na RAPS.

**Preparação:** \_\_\_\_\_

É necessário que o moderador esteja atento e acolha todas as experiências compartilhadas. É preciso ajudar o grupo a ouvir e compreender as diferenças. É também muito importante que os usuários estejam cientes da proposta deste encontro, para que não sejam pegos de surpresa. Cientes, eles poderão compartilhar suas experiências a partir de seu próprio desejo e do conforto frente ao grupo.

**Ação e discussão:** \_\_\_\_\_

Em uma roda de conversa, inicie um bate-papo sobre os temas sugeridos acima, convidando os usuários e profissionais a compartilhar suas vivências e experiências. Abra espaços para perguntas, mediando as situações difíceis e outros tópicos que surgirem. Não se esqueça, entretanto, de permitir que o grupo conduza este espaço.

**Dica:** \_\_\_\_\_

Esta oficina pode ser complementada com vídeos e documentários sobre o tema. Sugestões serão apresentadas no final deste guia.



## OFICINA - Conhecendo a RAPS - Assimilando as Experiências

Esta oficina propõe que os profissionais conheçam os serviços de saúde que compõem a RAPS deste território, de modo que tenham experiências para além dos espaços da UBS. Muito mais importante do que conhecer as estruturas e ter ciência de que tais serviços existem é vivenciá-los de forma viva, conhecendo a dinâmica e os profissionais que ali atuam, guiados pelos usuários participantes do grupo.

## ATIVIDADE - O Território como cenário de cuidado

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Apresentar alguns serviços de saúde da RAPS aos integrantes do grupo, especialmente aos profissionais da UBS, haja vista que os usuários, possivelmente, já os conhecem.

**Preparação:** \_\_\_\_\_  
O moderador pode escolher ou sugerir ao grupo locais que considera importante vivenciar, abrangendo sempre as sugestões de todos, especialmente dos usuários participantes. Deve-se pensar nas distâncias entre os serviços e como serão realizados os deslocamentos. É importante também que os serviços estejam preparados para receber o grupo, especialmente o CAPS em que o moderador atua.

**Ação:** \_\_\_\_\_  
Realize as visitas aos serviços, propondo ao grupo que interaja e vivencie os espaços. Você pode sugerir rodas de conversas sobre esses locais com os usuários e profissionais presentes, a participação em grupo existentes, trocas de experiências com outros profissionais, etc.

## ATIVIDADE - O Território como cenário de cuidado

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
Separe um tempo, no final do encontro, para conversarem sobre as vivências e para a escolha da palavra repetida no dia.

## OFICINA - Prática, Ação e Equipe

Como o ACS se enxerga ao se perceber trabalhando sozinho em seu território? Por que a equipe do CAPS precisa buscar parcerias no território? Por que é preciso intensificar a articulação dos serviços pertencentes à RAPS? Esta oficina propõe uma atividade que busca provocar estas e outras reflexões. Seu principal objetivo é que o participante responda a cada pergunta de três maneiras: individual, em dupla e em grupo.

## ATIVIDADE - Rede: Fortalecendo as Trocas em Equipe

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Vivenciar a atividade de três maneiras – individual, em dupla e em grupo –, explorando as relações e atuações de forma individual, em parceria e em equipe (ou em rede).

---

## ATIVIDADE - Rede: Fortalecendo as Trocas em Equipe

### Preparação:

Inicie o processo com uma breve discussão sobre o que é a RAPS, abarcando as vivências da oficina anterior. Em seguida, junto ao grupo, escolha ou invente um caso em que o cuidado deva ser realizado no território, por meio da atenção integral em saúde realizada na ABS, no CAPS e nos demais serviços que integram a RAPS. Divida os participantes em equipe e também em duplas. Crie uma lista de três a cinco perguntas de acordo com o tema. Por exemplo:

- 1) Por que devemos realizar um Projeto Terapêutico Singular único para o usuário no território?
- 2) Por que intensificar as articulações da rede potencializa o cuidado em saúde mental?
- 3) Por que manter parceria com os demais serviços de saúde potencializa o meu trabalho?

Entregue algumas notas de papéis pequenas e uma caneta para cada participante.

### Ação:

Leia o caso escolhido ou inventado. Explique que você irá discuti-lo por meio da sequência das perguntas. Explique que elas deverão ser respondidas em três momentos: individualmente, em dupla ou em grupo. Atente-se para os participantes que demonstrarem dificuldade na atividade, buscando auxiliá-los.

## PARTE 1

Leia o caso e faça a primeira pergunta, solicitando que respondam individualmente em sua nota. Estipule um tempo limite. Faça a mesma pergunta e solicite que discutam e respondam em duplas. Em seguida, convide os participantes a unir as suas equipes, respondendo, mais uma vez, a mesma pergunta, sempre se baseando no caso inicial.

## PARTE 2

Repita a mesma ação com a segunda pergunta e explique aos participantes que eles irão respondê-la das três maneiras. Dessa vez, porém, modifique a sequência: peça que, primeiro, respondam em dupla, em seguida, em grupo, e, por fim, as reflexões deverão ser feitas individualmente.

## PARTE 3

Utilizando a mesma dinâmica, mude novamente a sequência (em equipe, individualmente e em dupla) e dispare a terceira pergunta.

## PARTE 4

Conclua a atividade e convide cada participante a responder as perguntas da atividade.

### Discussão:

Sugira ao grupo uma conversa sobre a atividade e as reflexões sobre trabalhar das três formas diferentes, atrelando esta discussão à atenção integral à saúde na RAPS.

- Quais as vantagens em trabalhar em equipe?
- Qual a efetividade real de um PTS em cada serviço de saúde e de um PTS compartilhado no território?
- Por que cuidar em equipe?
- Como foi pensar em um caso individualmente e em parceira?

### OFICINA - Cartografia de Forças

Esta oficina sugere que o grupo identifique pontos conhecidos da rede de saúde mental e equipamentos (de saúde ou não) existentes no território que podem ser considerados como a rede de suporte, convívio e apoio social do usuário em sofrimento psíquico.

## OFICINA - Cartografia de Forças

O uso do ecomapa permite realizar intervenções no contexto real de vida, para além dos espaços do CAPS, auxiliando na construção de um PTS mais adequado, através da percepção e do desejo do usuário. Quais os locais, pessoas e atividades podem ser identificadas como pertencentes à rede de suporte e de inserção social dos usuários em sofrimento psíquico no território? Como, junto aos ACS, podem ser identificados pontos capazes de fortalecer o cuidado e o protagonismo do usuário em sofrimento psíquico, na qualidade de um sujeito de direitos e cidadão da comunidade?

## ATIVIDADE - Construção do Ecomapa: Traçando C amin-

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Identificar os pontos da rede de saúde mental e demais equipamentos (de saúde ou não) existentes no território que podem fazer parte da rede social e de suporte para além dos espaços do CAPS.

**Preparação e Ação:** \_\_\_\_\_  
Em uma cartolina na parede, o moderador deve, junto aos participantes do grupo, escolher um caso existente ou inventá-lo para nortear a construção do ecomapa feito coletivamente. Aqui, você pode perguntar aos usuários presentes se alguém se candidata para compartilhar sua história e sua rede.

Deve-se, inicialmente, identificar quais são pessoas, lugares e atividades que compõem a rede de suporte do usuário abordado no

## ATIVIDADE - Construção do Ecomapa: Traçando Caminhos

caso. Neste momento, é importante que você, como moderador, auxilie o grupo a pensar nos espaços da comunidade em que esse usuário provavelmente circula, como a UBS, o CAPS, a UPA, o bar e a igreja, as pessoas com quem ele se relaciona, bem como quais tensões e relações de vínculo e afetos ele mantém nesses lugares.

Em seguida, com o ecomapa elaborado, busque, em grupo, elaborar um possível projeto terapêutico a partir das potências e problemas identificados nessas relações.

Por fim, para fortalecer esta vivência, solicite que cada participante do grupo desenhe seu próprio ecomapa, identificando os pontos vazios e de tensões que interferem na qualidade de vida, de modo a se pensar no que é preciso melhorar ao visualizar seu ecomapa pronto. Em seguida, estimule ao grupo que compartilhe esta experiência.

### Discussão:

Esta atividade permite abranger diversos temas, dentre eles: De que forma estimulamos e validamos a autonomia e o protagonismo do usuário em seu território, como um sujeito de direitos e o condutor da própria vida? Qual a importância da parceria da equipe do CAPS com o ACS, levando-se em conta que este profissional é conhecedor dos espaços da comunidade? Não se esqueça de escolher, junto ao grupo, a palavra representativa do dia

## LEMBRE-SE

Este é somente um exercício, pois, para que o ecomapa seja real, ele deve sempre ser desenhado junto com usuário, considerando as percepções desse sujeito e não somente os pontos que o profissional julga importante melhorar. Para saber mais sobre o uso do ecomapa, leia os textos sugeridos no final deste guia.

## OFICINA - Articulações das Redes de Saúde - Problemas e Criações

Nesta oficina, espera-se que o grupo comece a construir propostas de ações coletivas para a ABS, pensando na qualificação do cuidado integral em saúde e na articulação dos serviços da RAPS, especialmente o CAPS.

Para se pensar em propostas, é preciso, inicialmente, identificar os problemas que carecem de soluções. A atividade proposta nesta oficina possibilita que, coletivamente, o grupo pense nas dificuldades locais que encontram no cuidado dos usuários em sofrimento psíquico no território e, a partir de então, destaque os pontos que considera problemáticos e que precisam avançar.

Este é o momento de você, moderador, refletir e observar qual a motivação do coletivo que você encabeça para propor mudanças reais, não só entre esse grupo, mas para o cuidado integralizado em toda a RAPS.

Incentive os participantes a serem agentes protagonistas de mudanças e conceitos no campo da saúde mental do território!

## ATIVIDADE - Identificação de Problemas e Criações

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Inventar e identificar os problemas e barreiras que dificultam as relações e a assistência na atenção integral em saúde do usuário em sofrimento psíquico na ABS e no território.



## ATIVIDADE - Identificação de Problemas e Criações

### Preparação: \_\_\_\_\_

Divida os participantes sugerindo que formem grupos com cerca de cinco pessoas, entre profissionais e usuários. Para cada grupo, pendure na parede um cartolina e solicite que a dividam, com um pincel anatômico, em quatro partes. Distribua post-its e canetas.

### Ação: \_\_\_\_\_

Especifique quatro perguntas, uma para cada quadrado. Estas serão as norteadoras das reflexões durante a atividade. O grupo deverá discutir e escrever os problemas nos post-its, colocando-os no quadrado correspondente à pergunta.

Nesse momento, você deve observar a dinâmica e a interação em cada grupo. Talvez seja necessário incentivar, um a um, de modo a auxiliar na criação dos problemas.

Você pode levar as perguntas ou criá-las junto com o grupo. A seguir, constam algumas sugestões:

- 1) Quais as dificuldades em não trabalhar em rede?
- 2) Quais as dificuldades quando um usuário possui um PTS em cada serviço de saúde?
- 3) Quais as dificuldades quando um PTS não é construído junto ao usuário e não valoriza, portanto, suas experiências, habilidades e desejos?
- 4) Quais as dificuldades quando as equipes da RAPS não conversam entre si ou não atuam em rede?

## ATIVIDADE - Identificação de Problemas e Criações

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
No final desta atividade, você pode pedir que os grupos compartilhem os problemas que surgiram e, em seguida, que todos escolham os problemas mais relevantes e que precisam ser solucionados.

## ATIVIDADE - Repensando a Prática, Criando Soluções

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Criar um conjunto de soluções considerando os problemas inventados, finalizando o projeto coletivo com a elaboração de propostas possíveis para a RAPS.

**Preparação:** \_\_\_\_\_  
Mantenha os grupos e repita o mesmo processo, pendurando uma cartolina na parede para cada grupo e solicitando que a dividam, com um pincel anatômico em quatro partes. Distribua mais post-its, se necessário.

**Ação:** \_\_\_\_\_  
Considerando as perguntas norteadoras de cada quadrado, a sugestão é que o grupo, dessa vez, as responda criando soluções, a partir dos problemas que inventaram na atividade anterior. Peça que escrevam em post-its, colando-os nos devidos espaços. Incentive aos grupos que elaborem em conjunto as soluções, sem pensar em limites, receios de errar ou em criar ideias impossíveis, pois este é o momento de ousar, inovar e usar a criatividade para a resolução daqueles problemas.

## ATIVIDADE - Repensando a Prática, Criando Soluções

### Discussão:

Compartilhem as soluções criadas, elaborando propostas para o projeto final. Separem um espaço para uma conversa sobre este encontro e para uma palavra simbólica que o represente.

Lembre-se de reforçar ao grupo que este é um ambiente de confiança e que inventar os problemas faz parte das atividades do guia.

Não se pretende identificar, individualmente, o profissional neste processo, mas manter as criações sempre na esfera coletiva.

## OFICINA - O que faremos com o que aprendemos?

Chegamos na reta final das oficinas e está na hora de relembrar as vivências experimentadas nos encontros anteriores.

Leiam juntos as propostas para o projeto final. É importante que você, como moderador, se atente em observar se todos os integrantes estão satisfeitos com o resultado, verificando se não há dúvidas ou questionamentos.

Sugerimos que realize uma retrospectiva junto ao grupo, relembrando os encontros, ações, atividades, visitas aos serviços da RAPS, primeiro encontro e atividades com os usuários, entre outros. Para este momento, você poderá propor uma atividade que estimule essa discussão, como a Caixa de Ferramentas descrita abaixo.

## ATIVIDADE - Finalizando o Projeto Coletivo

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Finalizar o projeto coletivo com a elaboração de propostas possíveis para a RAPS e para o território.

**Preparação e Ação:** \_\_\_\_\_  
Para facilitar a organização, você poderá apresentar as propostas previamente definidas nas discussões que surgiram no encontro anterior e, com o grupo, verificar quais os pontos que precisam ser modificados. Poderá optar, também, por realizar este momento integralmente com o grupo. A ideia é que as propostas surjam a partir das soluções criadas, sendo aqui filtradas e avaliadas coletivamente.

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
Com o projeto finalizado, é essencial discutir a sua efetividade e quais serão as próximas ações.

Quando irão apresentá-lo para a gestão do serviço? (É essencial que o gerente valide cada proposta!)

Como irão colocá-la em prática na comunidade?

De que maneira os usuários participantes poderão ser atores ativos em seu território?

Como esta discussão chegará na equipe do CAPS?

Como permitir que os conceitos e organizações pensadas no projeto se tornem uma prática real no cotidiano?

O que faremos com o que aprendemos?



## ATIVIDADE - Caixa de Ferramentas

**Objetivo:** \_\_\_\_\_  
Relembrar as ações de modo a repensar as práticas futuras.

**Preparação:** \_\_\_\_\_  
Em uma caixa, prepare a atividade inserindo notas de papel com as palavras que surgiram no final de cada oficina. Insira ainda notas de papel em branco.

**Ação:** \_\_\_\_\_  
Solicite que cada integrante do grupo retire uma nota. Em seguida, proponha que compartilhem, um por vez, o que a palavra sorteada remete, quando associada aos encontros que viveram ali. As notas em branco possibilitam que o participante crie e escolha uma palavra que possa definir as suas experiências.

**Discussão:** \_\_\_\_\_  
Este é o momento de discutir não só as reflexões desta atividade, mas também os momentos de convívio durante as oficinas. É muito importante que o moderador esteja atento e preparado para acolher as angústias se surgirem, por exemplo, expectativas que não foram alcançadas. Da mesma forma, é preciso que ele esteja pronto para estimular discussões sobre as ações futuras que desejam realizar.

O grupo deve pensar junto como, quando e para quem irá apresentar o projeto, não permitindo que as propostas se percam. Como possibilitar que as propostas não fiquem somente no papel?

Combine com todos os participantes uma data para se reunirem novamente e conversarem sobre os possíveis impactos das oficinas e as mudanças nas relações e na rotina. Sugere-se que esta conversa ocorra cerca de dois meses depois do término das oficinas.

## RODA DE CONVERSA – Expressão e Parceira



Este encontro pode ser dividido em dois momentos. Você pode, a princípio, realizar uma roda de conversa com os participantes do grupo, e, posteriormente, uma roda de conversa que envolva outros atores, como a gestão, outros profissionais de saúde e a equipe do CAPS.

Como cada participante do grupo se enxerga neste processo hoje? É possível observar e pontuar transformações (internas e externas) que ocorreram até aqui?



### DICA

Para a roda de conversa, você pode sugerir que cada integrante traga um ingrediente para compor juntos um café da manhã!

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 4 out. 2016.

CORDEIRO, R. P. Casa das Violetas: 5 anos de liberdade. Youtube, 2015. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=XKgqoRZT0Hk>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

CREFITO-3. A Desinstitucionalização de Pacientes com Transtornos Mentais. Youtube, 2015. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=zJd1bEvbSSQ>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. Escritos de Enfermagem, Pelotas, 2008.

## ORGANIZADORAS

Priscilla R. Cordeiro  
Profª Drª Flavia Liberman

Contato:  
[cordeiro\\_to@hotmail.com](mailto:cordeiro_to@hotmail.com)

# GUIA DE OFICINAS

COM AGENTES  
COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NA REDE  
DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL





## ANEXO A – PARECE INSTITUCIONAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Departamento de Apoio à Gestão do SUS  
 Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa  
 Rua Continental, 542 – tel.: 4126-4316 e-mail: [educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br](mailto:educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br)

Ofício SS.5 - SBC/SS nº037 /2015

São Bernardo do Campo, 29 de Abril de 2015.

A Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, após análise do projeto de pesquisa intitulado “**Oficina de articulação entre rede de Atenção Psicossocial e Atenção Básica: dispositivos para a Educação Permanente de Agentes comunitários de saúde**”, manifesta interesse à abertura de campo de pesquisa. O projeto será desenvolvido pela pesquisadora Priscilla Regina Cordeiro com a orientação da Profª Dra Flavia Liberman, ambas vinculadas à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Informamos ainda que a coleta de dados só poderá ser iniciada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




---

Fabio Souza dos Santos

Responsável pela Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa

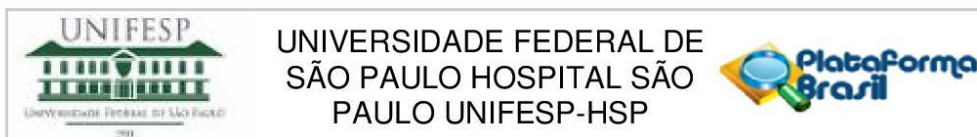



---

Priscila Mina Galati

Diretora do Departamento de Apoio a Gestão do SUS

## ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Oficinas de Articulação entre Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde

**Pesquisador:** Priscilla Cordeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46834415.3.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.150.886

**Data da Relatoria:** 22/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

CEP 0819/2015

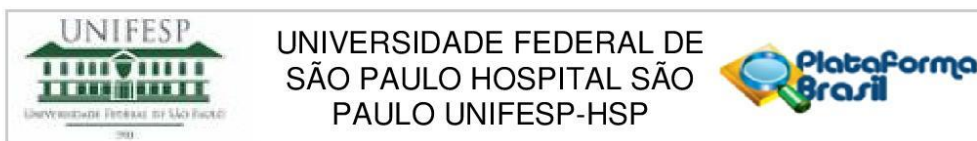
Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Seminários de Pesquisa I do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista – como parte dos requisitos avaliativos.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Liberman

Trata-se de uma pesquisa intervenção, de abordagem qualitativa e metodologia participativa por meio de Oficinas, como um método inovador de Educação Permanente em Saúde, tendo como público alvo Agentes Comunitários de Saúde, considerando o processo de articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica em Saúde. Realizada em uma Unidade Saúde da Família, a coleta de dados será realizada através de um diário de campo da pesquisadora, assim como dos participantes, diário coletivo e conteúdo apresentado em Roda de Conversa após o retorno em dois meses ao local da pesquisa, somado ao registro de imagem (vídeo) que será realizado. A análise de dados pretende atrelar e descrever tais dados junto articulação teórica.

HIPOTESE

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.150.886

A realização de Oficinas junto aos Agentes Comunitários de Saúde como uma estratégia da Educação Permanente em Saúde provê ferramentas que qualificam as equipes e auxiliam na articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Básica à Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

- Intervir, implementar e avaliar Oficinas como ferramentas da Educação Permanente em Saúde na articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica à Saúde junto aos Agentes Comunitários de Saúde no município de São Bernardo do Campo.

Objetivos específicos:

-Promover um espaço de trocas de experiências, aprendizagem e criação de ações coletivas entre os Agentes Comunitários de Saúde visando ao protagonismo na articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Básica à Saúde;

-Descrever o processo de formulação de Oficinas como um método inovador em Educação Permanente em Saúde direcionada à atenção integral ao indivíduo com Transtorno Mental no território.

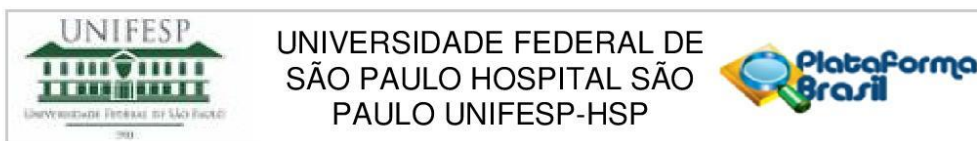
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

segundo apresentado pelo pesquisador:

Riscos:

A identificação dos sujeitos de pesquisa será codificada, assegurando a confidencialidade de informações, não prevendo riscos. O delineamento da pesquisa não prevê englobar a existência de um processo de intervenção clínica. Compreendendo que qualquer procedimento de pesquisa que envolva a participação de seres humanos pode gerar algum tipo de constrangimento ou desconforto psíquico, ressalta-se que todas as medidas para prevenir tal situação serão tomadas, a saber: combinado prévio da data e horário das Oficinas, garantia ao profissional do sigilo de sua identificação e da possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Além de ter como propósito garantir que, após o término da pesquisa, tanto os sujeitos da pesquisa quanto a

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.150.886

Equipe desta Unidade Saúde da Família e demais sujeitos eventualmente envolvidos serão informados sobre os resultados obtidos.

**Benefícios:**

Almeja-se que este estudo proporcione por meio de ações coletivas a aprendizagem inventiva, possibilitando contribuir na qualidade ao cuidado integral do usuário com transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa intervenção, com abordagem qualitativa que visa promover espaços de encontros e trocas de experiências e aprendizagem entre ACSs, tendo como instrumento norteador a realização de Oficinas devendo ser autorizada e registrada no Comitê de Ética em Pesquisa.

As Oficinas utilizarão como instrumento norteador a Cartilha denominada Rodas de Conversa no Território com Agentes Comunitários de Saúde “Descortinando a loucura: Direitos Humanos e Saúde Mental”, produzida pela Associação Mente Ativa (AMAT) de usuários e familiares da Saúde Mental de São Bernardo do Campo/SP, que apresenta em seu conteúdo atividades sobre a temática visando fomentar e qualificar a ação profissional do ACS.

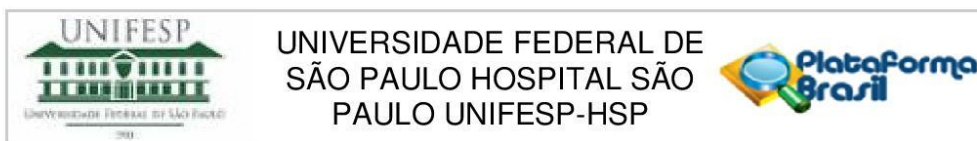
Como instrumento de coleta de dados, optou-se por utilizar o registro da imagem, por meio de fotografias, Diário de Bordo, realizado individualmente a cada encontro por todos os envolvidos (pesquisadora e público-alvo participante), Diário de Bordo Coletivo realizado junto a todos os participantes, além do conteúdo apresentado em Roda de Conversa após o retorno em dois meses ao local da pesquisa. Tais registros terão como objetivo preservar as vivências em seu caráter de expressão subjetiva, singular e coletiva. O Diário de Bordo tornou-se uma importante forma de registro em linguagem escrita, permitindo descrever livremente as expressões e impressões a cada encontro e no decorrer dele, a partir do “objetivo e o subjetivo da experiência” vivida no “processo de criação” (BICHUETTI; FORTUNA, 2004).

Assim, considerando o tipo de pesquisa supracitada, os métodos deste estudo buscarão seguir as seguintes etapas: Levantamento bibliográfico e fundamentação teórica; Oficinas realizadas em oito encontros; Visitas aos serviços da RAPS; Roda de Conversa e Análise de conteúdo final.

No início dos encontros será apresentada a proposta à Gestão e aos profissionais envolvidos pertencentes à USF em questão, em especial aos ACSs do Território 9 (T9) para organização dos espaços e viabilização dos encontros quanto ao apoio a gestão.

A primeira parte deste estudo prevê a realização de oito encontros com duração de uma hora e

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.150.886

trinta minutos cada, uma vez por semana durante as terças-feiras no período da manhã, por meio de Oficinas que ocorrerão, a princípio, na USF Riacho Grande, de acordo com os combinados com a Gestão. Tais Oficinas serão realizadas pela terapeuta ocupacional (pesquisadora deste estudo) pertencente ao CAPS III Adulto. Serão apresentados temas direcionados seguidos de atividades sugeridas aos participantes, finalizando cada encontro com as reflexões descritas nos Diários de Bordo. Entre os temas abordados estão: 'História da Loucura'; 'Reabilitação Psicossocial – Tecendo a Rede'; 'Articulação das Redes de Saúde - Problemas e Criações'; 'Redes Sociais de Suporte e Participação'; 'Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial'; 'Prática, Ação e Equipe'; 'O Território como Cenário de Cuidado'; 'Protagonismo do agente multiplicador', 'Território Vivo'.

A segunda fase direciona-se a realização de visitas aos serviços da RAPS existentes no território junto aos ACSs com a participação de usuários do CAPS III convidados, visando garantir o conhecimento e fluxo destes serviços por parte destes profissionais, além de reflexões junto ao Diário de Bordo. Ainda em grupo, será realizado um texto que descreva as experiências e possíveis propostas de atuação entre o CAPS e os profissionais da USF, sendo registradas em Diário de Bordo Coletivo.

Após dois meses do término das Oficinas, a pesquisadora retornará a USF para realizar uma roda de conversa junto aos participantes, utilizando este recurso, também, como instrumentos de coletas de dados. Pretende-se que este momento contribua para a identificação de indicadores na avaliação de resultados sobre o uso de Oficinas.

A quarta fase refere-se à análise do conteúdo considerando a organização metodológica desta pesquisa, visando analisar e interpretar os instrumentos utilizados como coleta de dados. Para uma descrição sistemática, singular e coletiva do conteúdo a análise e interpretação dos dados serão submetidos a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2011) complementada pela perspectiva de Minayo (2006). Para Bardin (2011), a análise de conteúdo busca "descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos".

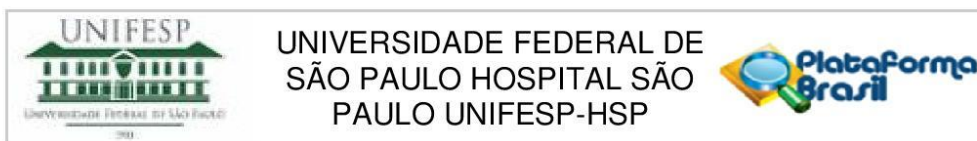
#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: Folha de Rosto, projeto detalhado e TCLE e carta de autorização da Prefeitura Municipal de São Bernarndo do Campo.

#### **Recomendações:**

sem recomendações adicionais

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.150.886

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem inadequações

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 16 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com