

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – EDUCASAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
EDUCAÇÃO E ENSINO DA SAÚDE

EDELVES VIEIRA RODRIGUES

**ENSAIO CARTOGRÁFICO, RELATANDO A VIVÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE
UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:
O PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO**

Porto Alegre

2014

Edelves Vieira Rodrigues

**ENSAIO CARTOGRÁFICO, RELATANDO A VIVÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE
UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:
O PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO**

Monografia apresentada a Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista Formação Integrada Multiprofissional em Educação e Ensino Da Saúde.

Orientadora: Marielly de Moraes

Porto Alegre

2014

*“Há muito tempo que eu saí de casa
Há muito tempo que eu caí na estrada
Há muito tempo que eu estou na vida
Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz*

*Principalmente por poder voltar
A todos os lugares onde já cheguei
Pois lá deixei um prato de comida
Um abraço amigo, um canto pra dormir e sonhar*

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas*

*E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar*

*É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração*

E aprendi ...

O coração, o coração

Caminhos do Coração

Gonzaguinha

RESUMO

O presente trabalho visa relatar a experiência do momento de implantação do projeto Caminhos do Cuidado que é uma das ações do plano “Crack é possível vencer” dentro do eixo do Cuidado, de responsabilidade do Ministério da Saúde com a coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) do Rio de Janeiro e com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do Rio Grande do Sul. Pretende-se narrar a constituição da equipe Nacional até o momento do início da constituição das equipes estaduais. O material de análise para este relato são as Atas e relatórios dos encontros que trazem o desenho da organização inicial para implantação do projeto. O projeto organizou-se através de um Grupo Condutor que é composto pelo DEGES/MS, Áreas Técnicas da Saúde Mental e Departamento de Atenção Básica/MS, ICICT/Fiocruz e Escola GHC, que constituem uma Coordenação Executiva para a operacionalização e execução do mesmo. Em função da magnitude do projeto formam-se equipes para trabalharem articuladamente tendo como base o projeto pedagógico, estas equipes denominadas como Coordenação de Infra Estrutura, Coordenação de Comunicação, Coordenação Acadêmica, Coordenação Pedagógica e Coordenações Macro regionais. Estrutura-se pela presença das coordenações macrorregiões nas regiões do país, Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste que trabalham para a articulação junto as ETSUS, AB, SM dos Estados e pela indicação destes parceiros constitui-se as equipes e coordenações estaduais.

O relato desta experiência apresentará que a execução deste projeto pressupôs a articulação entre as instituições do SUS, como as Escolas de Saúde Pública, as Escolas Técnicas do SUS, as áreas de saúde mental, atenção básica dos três entes federativos e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. O projeto tem por objetivo oferecer formação para todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Brasil e um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (ATENf) por equipe de saúde da família, em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas totalizando 290.760 alunos até dezembro de 2014.

Palavras chaves: formação na saúde; gestão de processos educativos; processos pedagógico; Agentes Comunitários de Saúde; Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; Educação Permanente.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ATENFS - Auxiliar e/ou Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

AB – Atenção Básica

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

DEGES – Departamento de Gestão da Educação da Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

ICIT- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	5
SUMRIO	6
INTRODUO	7
1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2 CAMINHOS PERCORRIDOS, DA IDEALIZAO  IMPLANTAO	22
REFLEXÕES E CONSIDERAOES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	38

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência da implantação de um projeto de educação permanente, por meio de um relato de experiência que denomino como um ensaio Cartográfico. Este Projeto visa a Formação de todos os Agentes Comunitários de Saúde/ACS, e um Auxiliar e/ou Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família/ ATENFS– Saúde Mental do país, com ênfase no que diz respeito ao uso de Crack, álcool e outras drogas.

O foco maior será o processo de implantação e criação das equipes do projeto, o trabalho dessas equipes, e, explorar as potencialidades e vicissitudes de um projeto desta magnitude.

O SUS, a maior política pública inclusiva do país, é uma política processual e em fase de implementação e tem como grande desafio a formação de pessoal direcionada ao seu desenvolvimento visando a atenção integral à população.

A educação permanente se apresenta como alternativa principal para esta formação por estar pautada na educação em serviço e nas necessidades de saúde da população.

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007, p.35).

Na atualidade tem se discutido a respeito de ações de saúde Mental no campo do crack, álcool e outras drogas que sejam efetivas para a sociedade geral e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que no âmbito da Atenção Primária à Saúde/APS/Atenção Básica/AB¹, 30% da demanda dos atendimentos são questões ligadas à Saúde Mental, por outro lado a Saúde Mental sempre foi tratada como uma área especializada a ser assistida por um outro nível de atenção, cabendo à Atenção Primária o encaminhamento a estes serviços, portanto os profissionais da APS não se preparavam para atender as questões ligadas à Saúde Mental.

A partir do reconhecimento e da passagem de uma modelagem em saúde que supera a concepção de níveis de atenção e passa a entendê-la como rede de atenção imbricada em linhas de cuidado, reforça-se o papel da APS como de porta de entrada, mas também como um espaço que realiza a coordenação do cuidado e a comunicação do usuário no sistema de saúde.

A APS/AB tem no território seu campo de prática, lugar onde acontece o cotidiano dos cidadãos, onde se estabelece o processo de saúde, lugar de reconhecimento da vida.

A partir dos movimentos de reformas psiquiátrica e sanitária, o SUS e a consequente Rede de Atenção à Saúde, e a Rede de Atenção Psicossocial, fica explícito a necessidade de desencadear processos educativos para as equipes da APS que possibilitem que estas equipes escutem e acolham as demandas em Saúde Mental na APS.

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, para ser efetivo, deve se articular com os demais pontos da rede de atenção à saúde.

Percebe-se no entanto, uma grande dificuldade dos trabalhadores e serviços em aceitar/acolher os usuários de drogas, colocando-se o desafio de mudar a cultura/imaginário, bem como fazer da prática cotidiana a expressão dos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, de Atenção Integral ao Usuários de álcool e outras drogas e da Política de Atenção Básica.

Este contexto exige que o Estado institua processos educativos que atinjam um grande número de profissionais realizando uma sensibilização em grande escala simultaneamente, que desperte a reflexão crítica do saber-fazer.

O projeto a ser estudado é executado pelo Ministério da Saúde na figura da SEGEST/DEGES que convoca o Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde - Escola do Grupo Hospitalar Conceição/GHC e Instituto de Ciência e

¹ (Consideraremos neste estudo APS e AB como similares)

Informação Tecnológico da Fundação Osvaldo Cruz ICIT/FIOCRUZ(colocar por extenso) para comporem parceria no desenho inicial, já sabedores do desafio de formar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENFS) em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas.

Este projeto pactuado pelo Ministério da Saúde, consta entre as prioridades da Presidência da República no plano de enfrentamento ao Crack e tem como meta oferecer formação para a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde do país e um Auxiliar/Técnico de Enfermagem por equipe de saúde da família totalizando 290.760 alunos. Além destes, objetiva também oferecer formação a tutores e orientadores que são os mediadores/facilitadores da proposta do curso nos diferente Estados e regiões do país.

A formação técnica do ACS, que consiste na maior parte do público tem uma proposta de itinerário formativo publicado pelo Ministério da Saúde que estabelece três módulos, o primeiro modulo: a formação inicial do ACS traz as politicas publicas em especial o SUS contextualizando-as, trabalha também a questão do processo de trabalho e a Política de Educação permanente, tão cara na formação do ACS pois este é um profissional que se forma em serviço, incluindo o perfil social do agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS com carga horária 400 horas.

O segundo módulo traz o universo de trabalho que o ACS encontrará no seu cotidiano no campo da saúde, as ações programáticas, promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes, questões referentes à violência, carga horária 600 horas.

O terceiro módulo trata da vigilância em saúde, incluindo vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário carga horária 200 horas. A prática profissional está incluída na carga horária de cada etapa².

Como podemos observar a temática da saúde mental não está contida, coloca-se como um dos desafios desta formação, que aborda especificamente a

² Informação baseada nos módulos do curso Técnico para ACS da Escola GHC e Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

temática de saúde mental, constituir-se como parte do percurso formativo do ACS instituído.

Desta forma, a execução deste projeto pressupõe a articulação com as instituições do SUS que têm protagonizado essas ações, quais sejam as Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS, bem como com as áreas de saúde mental e atenção básica das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.

No caso específico do uso prejudicial de drogas, e do enfrentamento ao Crack, álcool e outras drogas esta formação pretende sensibilizar Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de enfermagem para que reconheçam o seu papel de promover a inclusão das pessoas na rede cuidado, objetiva também ofertar dispositivos que ampliem a “caixa de ferramentas” destes profissionais, para atuarem no reconhecimento das situações problemas existentes no seu território, no acolhimento dos usuários, na mobilização e articulação da rede de atenção e comunitária, tendo como diretriz a Redução de Danos.

O objetivo deste estudo é relatar a implantação do projeto, com a pretensão de narrar o processo de implantação, tendo ciência do fato que esta narrativa atravessa a vivência da gestão executiva, portanto não é isenta e antes de tudo implicada no processo, o que instiga o desejo da autora de relatar esta experiência.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Eu recuso qualquer posição fatalista diante da história, diante dos fatos. (...) Nenhuma realidade é assim mesmo. Toda realidade está aí, submetida à nossa possibilidade de intervenção nela.
Paulo Freire

O meu desejo de contar durante o acontecimento é que me leva a este relato de experiência, quando trabalho, me apaixono e me apaixonando pelo trabalho, surge o desejo de contar, de escrever a história em ato, só consigo estudar pelo que me apaixono e, portanto, em cima da realização do meu trabalho, neste relato de experiência muito me inspirei na cartografia como “método de estudo” pois possibilita narrar, contar, no momento presente. *“Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas”*. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓZIA, 2010, p.10)

Como o projeto em estudo está em fase de implantação e pela minha implicação com o projeto, como já referi, as premissas de neutralidade e de separação enquanto sujeito do objeto de estudo não existe, busquei algumas pistas da cartografia por ser um método no qual o pesquisador está envolvido e o próprio processo investigativo atua como intervenção, para nos auxiliar nesta narrativa.

(...) o cartógrafo não se quer neutro, quer-se justamente desimpedido e tensionado pelo encontro com o mundo através da pesquisa. O cartógrafo procura afirmar-se através do encontro com o objeto e não no distanciamento dele (KIRST et al, 2003, p. 6).

Segundo MAIRESSE (2003, p. 263), o paradigma norteador da cartografia

refere-se a uma abordagem ético-política e estética da produção de conhecimento. [...] um conhecimento que se produz na própria construção do objeto, compreendendo a implicação do pesquisador entrelaçado a este, partindo do pressuposto que se está, conjuntamente ao processo de análise, produzindo-se subjetividade. Não se está referindo a uma intervenção no objeto, mas a produção de uma outra coisa que, fora deste olhar, não existiria.

O encontro com cartografia se dá na necessidade de “enfrentar a difícil elaboração conceitual e existencial da dimensão micropolítica, bem com sua

articulação com a macropolítica, nos embates entre as forças que permeiam a produção da realidade” (ROLNIK, 2007, p. 11).

No cotidiano de trabalho na ponta, sempre estava presente o desejo de estudar as realidades, mas os conteúdos encontrados, as metodologias de pesquisa não respondiam a este estudo do acontecimento presente, como diz Rolnik quando fala dos principais focos de seu trabalho como cartógrafa, “já que sua elaboração se impõe com a urgência de uma problemática a ser enfrentada no presente” (ROLNIK, 2007, p. 13).

A Cartografia como método é oriundo da Geografia, que pela necessidade de realizar uma leitura ampla, não apenas um mapa estático começa incluir na sua expressão do mapa os movimentos do território, incluindo aspectos culturais e de desenvolvimento. Para a geografia a cartografia “é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem, paisagens psicossociais também são cartografáveis” (ROLNIK, 2007, p. 23).

A cartografia responde a uma necessidade complementar deste relato de experiência porque

A prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das formações do desejo no campo social. E pouco importa que setores a vida social ele toma como objeto. O que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar: desde os movimentos sociais, formalizados ou não, as mutações da sensibilidade coletiva, a violência, a delinquência...Até os fantasmas inconscientes e os quadros clínicos de indivíduos, grupos e massas, institucionalizados ou não (ROLNIK, 2007, p. 65).

A cartografia permite também a articulação entre várias referências teóricas, necessárias ao estudar o campo da saúde,

Do mesmo modo, pouco importam as referências teóricas do cartógrafo. O que importa é que, para ele, teoria é sempre cartografia- e sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha (inclusive a teoria aqui apresentada, evidentemente). Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. [...] Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas (ROLNIK, 2007, p. 65).

O estudo aqui apresentado se refere a implementação de um projeto que visa formar ACS e ATENFS da ESF, dois profissionais que realizam a acolhida das pessoas que vivem em um território e tem uma EFS ou UBS de referência

assistencial, portanto trabalhadores da AB que tem **o território como o campo de prática**.

A abordagem aqui definida da Atenção Primária a Saúde/APS, inclui a Atenção Básica/AB, Estratégia Saúde da Família/ESF e outros espaços do SUS, portas de entrada do sistema e lugar “*por meio do qual o SUS se encontra com o cotidiano de vida, saúde e doença de cidadãos e cidadãs*” (SANTOS, 2011).

A APS é estudada internacionalmente há tempos, em 1978 na conferência de Alma Ata a definiu como “uma forma de organização dos serviços de saúde, onde os serviços são acessíveis, relevantes às necessidades de saúde, integrados, onde há uma porta de entrada ao sistema de saúde, que coordena o conjunto de respostas a estas necessidades” na época almejava-se saúde para todos até o ano 2000 (CONFERÊNCIA de Alma ATA, 1978).

Ao longo deste tempo muitos estudos internacionais foram desenvolvidos e consensos foram realizados, os quais afirmam que Sistemas de Saúde baseados na APS são efetivos e diminuem inequidades (STARFIELD, 2002).

A Atenção básica constituída pelas Unidades Básicas, pela Estratégia Saúde da Família/ESF e pelos Núcleos de Saúde da família/NASF, é como se operacionaliza na realidade brasileira a APS, e tem se constituído porta de entrada preferencial ao sistema de saúde.

A APS tem como atributos, ser **porta de entrada** preferencial no sistema de saúde; acompanhar a pessoa e sua família ao longo do tempo/**longitudinalidade**; ter um conceito amplo de saúde que propicia a **integralidade** da atenção, considerar as necessidades bio-psico-sócio-culturais, promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de todos, crianças, adultos, idosos através da realização da **coordenação o cuidado** e de ações interinstitucionais e interdisciplinar da equipe de saúde.

Para a efetivação dos atributos da APS, o uso do serviço pela população, seu acesso incluindo as questões geográfica e sócio- organizacionais, e o vínculo que se estabelece ao longo do tempo entre os profissionais das equipes de saúde e o paciente/família/comunidade, que pressupõem estabilidade das equipes.

A **integralidade** como atributo essencial para a efetivação da APS e do SUS para sua efetivação, temos que considerar a capacidade das equipes de saúde em *identificar* o conjunto de necessidades / problemas de saúde (da pessoa, família ou população) *em lidar*, resolver ou referir a *serviços de prevenção, tratamento,*

recuperação, educação em saúde, promoção da saúde, pequenas cirurgias e de saúde mental.

A integralidade está atrelada ao atributo da **coordenação do cuidado, que tem como essência** a informação, para a sua efetivação é preciso ter a disponibilidade de informação sobre *a pessoa/paciente* (sua história, seus problemas, o contexto) sobre *os recursos disponíveis* - Sistema de informações, mecanismos de transmissão da informação e a comunicação. Define-se coordenação como uma situação de harmonia em uma ação ou esforço comum.

Em função destas características da APS que traz na sua ação a busca pela integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade, torna-se o lugar de preferência para acolhida e atenção às pessoas que sofrem, portanto para a Atenção à Saúde Mental.

É considerável a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008). Segundo dados de 2003 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o percentual de pessoas com transtornos mentais que não recebem tratamento adequado, em países em desenvolvimento chega a 90%, o que aponta o impacto dos agravos em saúde mental na população e também na Atenção Básica (LYRA, 2007).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil e seus valores inseridos no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação e Controle Social, tem como princípios: Territorialização, Intersetorialidade, Equipes Multiprofissionais, baseado nas necessidades de saúde da população, centra a atenção na Pessoa e não na doença, é voltado para a qualidade da atenção ofertada, pressupõem o estudo e o reconhecimento dos territórios.

Podemos dizer que a Atenção Primária em Saúde tem como objeto o Processo Saúde/Doença da População que vivem no Território e as finalidades das práticas de APS se realizam através de processos de trabalho.

Pelas características da APS é de grande importância termos maneiras para conhecer e compreender o território, o lugar onde as pessoas constroem suas vidas, assim como as necessidades de saúde das pessoas que aí vivem, tornando-se essencial para compreender o processo saúde e doença.

“Se há um ponto de articulação entre Saúde Mental e APS, ele se dá (não exclusivamente, mas principalmente) nas abordagens do território, onde as

demandas não podem ser facilmente classificáveis, nem ordenadas. E ali os agentes comunitários de saúde têm uma função relevante” (CAMPOS apud PAULON; NEVES, 2013, p. 8).

O território deve ser compreendido como campo de prática da APS e da SM, é nele que a AB e a SM se entrelaçam no acontecimento do cotidiano. Experimentar reflexões sobre o território e construir sínteses sobre ele como campo de práticas traz respostas a situações do cotidiano das equipes.

Território é um conceito fundamental para a APS, por ser o espaço de produção da vida, portanto da saúde, vários estudos têm apresentado como seu objeto central o território, definido como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído.

Através do estudo do território, os serviços podem buscar equidade em saúde, ao aliar vários instrumentos de informação, para visualizar nas áreas de estudo os diferentes aspectos geográficos, históricos, epidemiológicos, sociais, culturais e disponibilizar informações suficientes para a localização das iniquidades de determinado território, se pensarmos uma área geográfica como território, destaca-se que o termo território, não é só um espaço geográfico, mas se constitui em um lugar (RODRIGUES, 1998).

A questão do território enquanto lugar, há muito é discutida, a territorialidade era usada como base de sustentação teórica para sociologia urbana da Escola de Chicago do início do século. O território não era entendido apenas como geográfico, mas sim como fator determinante do comportamento dos habitantes, conforme condições de sociabilidade territorial e definindo perfis definitivamente psicossociais (RODRIGUES, 1998).

A Escola de Chicago, na década de 20, chegava a propor a cidade em plena guerra social, pois via na fragmentação do sujeito urbano, como mostra WIRTH (1973), os efeitos de sua perda de identidade (de homem urbano) pela sua adesão aos diversos papéis que marcavam o trânsito louco da metrópole. Podemos relacionar essa desterritorialização das massas à expulsão forçada do campo, referendada por Marx (RODRIGUES, 1998).

O território também tem o significado de espaço de distribuição de oferta de serviços. Como, por exemplo, o recorte da cidade em distritos e a capacidade de gerenciamento dos recursos de saúde nos distritos (RODRIGUES, 1998).

O Sistema Único de Saúde Brasileiro, ao ser definido no texto constitucional, prevê a estruturação de uma rede regionalizada e descentralizada. Portanto a base territorial constitui-se em um dos principais princípios organizativos assistenciais do SUS.

‘Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral’ (SANTOS, 2011, p.387).

Os problemas de saúde de uma dada população, o impacto que o serviço de saúde tem em relação aos níveis de saúde desta população, só poderão ser visualizados pela definição de sua base territorial.

Sabe-se que só a ausência de doença não determina a saúde. A assistência à patologia, enfocada isoladamente, não amplia as chances de saúde de um indivíduo. Essas se determinam por outros condicionantes, que estão embutidos em outras políticas, como, por exemplo, a habitacional, além dos fatores individuais e culturais de uma dada realidade (RODRIGUES, 1998).

O ambiente que um indivíduo habita, sua moradia, não é apenas o abrigo, mas compreende complexos sistemas espaciais.

Esses sistemas é que caracterizam a habitação, conferindo-lhe especificidade em termos de valor de uso, valor de troca e valor simbólico. (...) A habitação é historicamente determinada tanto em sua dimensão material quanto em sua dimensão simbólica (VAZ, 1991, p. 136).

O lugar de morada de um indivíduo reflete sua qualidade de vida. O conceito promulgado pela oitava Conferência Nacional de Saúde afirma que esta é resultante

das condições de alimentação, **habitação**, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ela é antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, os quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASÍLIA, 1986, p. XX).

A partir dessa ampla visão do território, cuja conceituação se aproxima da de lugar, ao considerar sua dinamicidade, podemos ver e realizar análise da situação de saúde e constituição de um projeto de intervenção. A leitura da situação de

saúde, de levantamento de problemas e projeto de intervenção, deve percorrer os múltiplos aspectos.

A questão do lugar, que simbolizada através do mapa revela/localiza onde as pessoas vivem o seu cotidiano e que tem significados diferentes a cada uma delas, pode ser espaço de realização de exercício com equipes de saúde e comunidades, que traga reflexões do tipo de ação que possibilitará a cada equipe de saúde em parceria com as comunidades.

Para as práticas dos serviços de APS, deve se conhecer e compreender o território e torna-se essencial esta compreensão para problematizar e intervir através de ações na saúde.

As equipes de saúde devem reconhecer a dinâmica viva do processo saúde-doença no território onde irão atuar e com ele estabelecer vínculos criando pontes entre as práticas de saúde que tenham como parte inclusiva a Saúde Mental, para que o SUS se fortaleça e seja efetivo.

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada...A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 901).

A ESF foi proposta como mecanismo para reorientação do modelo assistencial, e tem como bases do modelo uma equipe mínima composta por Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médico esta equipe é responsável pela atenção à saúde da população adscrita no território.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (SANTOS, 2011, p.392).

As equipes de Saúde tem de ficarem atentas para as constantes transformações que ocorrem no território, para além do primeiro reconhecimento olhando “o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território” (SANTOS, 2011, p. 393).

Milton Santos, ao falar do processo da globalização, relata as interconexões dos territórios no mundo referindo que a primeira globalização ocorre com a colonização nos chamando atenção para olharmos as relações do território com o sistema-mundo,

a fim de não perder de vista que no contexto da globalização e do capitalismo tardio, os territórios são predominantemente ‘territórios-rede’, permeados por fluxos de diversas naturezas, externos a suas fronteiras, que o conectam ao mesmo tempo a inúmeras redes também externas ao seu espaço. Assim como as comunidades, os territórios não são ilhas (RIGOTTO, 2008, apud SANTOS, 2011, p. 75).

As práticas na APS e na SM

“ao adotarem o território como estratégia, fortalecem a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem” (PAULON; NEVES, 2013, p. 19).

Vale retomarmos o ambiente em que se constituiu as reformas que realizaram o grande movimento de mudanças no país, do pensar em saúde no Brasil, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica e o impacto na atenção aos usuários de drogas.

No final da década de 80 no

“contexto político da abertura democrática, ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, a legislação do Sistema Único de Saúde- SUS e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse momento fecundo para a ampliação das discussões sobre as mudanças necessárias a serem implantadas no campo da saúde e dos direitos, fortalecesse o movimento da Reforma Psiquiátrica (CONTE et al, 2004, p. 61).

As reformas Sanitária e Psiquiátrica além de levarem a reflexão produziram novas formas de

refletir sobre as maneiras de compreender, de abordar e de relacionar-se, não somente com o portador de sofrimento psíquico, mas também com o usuário de drogas, distanciando-se de uma visão moral e revisando os preconceitos em torno do assunto (CONTE et al, 2004, p. 61).

A criação do SUS e o princípio da universalização do direito de todos à saúde “permitiu visualizar o usuário de drogas como sujeito de direitos e usuário de saúde” (CONTE et al, 2004, p. 61).

Conte et al relatam que contribuições da Reforma Psiquiátrica para o campo do uso de drogas:

“a) ação contínua de “abrir” a porta dos manicômios - não somente das instituições manicomiais, já que os manicômios mentais são instituídos a qualquer hora e em qualquer enquadre, pois se trata de uma lógica de controle disciplinar dos “desviantes”;

b) necessária humanização da relação dos profissionais com os usuários que, na sua grande maioria, permaneceram abandonados nos hospitais psiquiátricos, perdendo seus direitos, empurrados para uma exclusão social que apresenta como fim o agravamento das condições psíquicas e de cidadania. Para a humanização da saúde mental, várias ações foram propostas, tais como eliminar os meios de contenção; revisar a forma como os diagnósticos são utilizados; relativizar os prognósticos; restabelecer a relação da pessoa com o próprio corpo, promovendo o reconhecimento de si; retirar o uniforme e utilizar roupas próprias; recuperar a manifestação de afetividade; promover trocas sociais; valorizar o gênero; reconstruir o direito e a capacidade de palavra, ouvir e ser ouvido; assim como reconstruir o direito ao trabalho (CONTE et al, 2044, p. 62).

Os avanços que se operam a partir do SUS coloca para os usuários de álcool e outras drogas o reconhecimento de direitos e deveres

Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao usuário, como um sujeito de direitos e coloca-se em debate aspectos fundamentais, como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde sócio culturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS (CONTE et al, 2004, p. 62).

Para que a integralidade da saúde se estabeleça é necessário trabalhar a SM na atenção básica, não de forma dissociada e sim integrada, no ato da atenção

através do acolhimento, da escuta e do reconhecimento do sujeito nos seus direitos de cidadão e na sua diferença.

Na abordagem do sofrimento psíquico, trata-se de entrar no mundo dos afetos com cada usuário tentando descobrir possibilidades e potencialidades, novas maneiras de relacionar-se e viver. Desse modo, também, a flexibilidade que envolve tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária assim como a Redução de Danos significa que se entenda saúde para além da moral, ou seja, o trabalho em saúde não pode envolver preconceitos pessoais ou juízos de valor (CONTE et al, 2004, p. 62).

Nesta perspectiva, ao trabalhar em saúde com pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, temos que considerar o sentido que este “droga” faz na vida do sujeito, lembrando

que as drogas sempre existiram em várias culturas, em diferentes tempos e espaços; lícitas e ilícitas fazem parte deste mundo. Contudo, ainda que seus malefícios à saúde sejam visíveis, não podemos esquecer que elas proporcionam prazer aos usuários e, acima de tudo, servem de anestésico frente ao mal-estar que cada um e os coletivos vivem na contemporaneidade (CONTE et al, 2004, p. 62)

Realizar formação para ACS e ATENFS da AB na temática referente a drogas, para além da dimensão da questão posta, tem que ter uma estratégia que faça sentido no desenvolvimento do trabalho no cotidiano destes profissionais, como articular os conhecimentos teóricos sobre a temática com a realidade enfrentada nos territórios de atuação, lugar de morada dos ACS, local também de sua formação. Para os ATENFS, que por vezes têm uma formação voltada para o procedimento em especial o hospitalar, e ainda da rede privada, ter que relacionar a temática ao campo da APS, para este desafio a estratégia é a da Educação Permanente.

O desafio do SUS ao articular a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica na AB se utilizando da ESF e da Educação Permanente como ferramenta para a formação dos profissionais, visando a qualificação da atenção a saúde através do reconhecimento do território e do ACS como acolhedor e identificador de demanda.

O SUS continua com o desafio de formar os seus profissionais para a qualificação da atenção prestada,

“é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e

acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender “(BRASIL, 2005, p. 6).

Espera-se que o processo de educação permanente fortaleça o SUS ao mesmo tempo que promova

“o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social” (BRASIL, 2005, p. 6).

O projeto Caminhos do cuidado enfrentou resistências ao chegar nos estados, por trazer uma fala de educação permanente, mas sua idealização e seu início ter sido centralizado, contrariando o que diz na política de educação permanente

primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais (BRASIL, 2005, p. 11).

A estratégia utilizada pelo projeto foi apresentar um material pedagógico aberto que pudesse trazer nos encontros pedagógicos a dimensão da realidade local possibilitando a problematização destas realidades. O mais importante, foi o resgate da lógica e dos princípios da Educação Permanente em Saúde no caminho do cuidado.

Merhy, em seu texto que aborda a Pedagogia da Implicação, que a traz como complementar ao trabalho de Ceccim, fala

de modo correto, mostra que todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações (MERHY, 2004, p. 173).

No processo de constituição do projeto caminhos do cuidado, nos encontros e oficinas, fomos problematizando e refletindo de que forma esse projeto que inicia centralizado e verticalizado, poderá se reinventar e se tornar uma ferramenta de educação permanente para os ACS e ATENFS nos Estados, protagonizado pelas ETSUS.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS, DA IDEALIZAÇÃO À IMPLANTAÇÃO

Para a realização deste relato, descrevemos os encontros organizativos baseados nos registros, atas e pela própria vivência nos encontros, trazendo a construção em ato.

Como o projeto Caminho do Cuidado está dentro do eixo cuidado do plano *Crack é possível vencer* coordenado pela Casa Civil, é um projeto pactuado pelo Ministério da Saúde que consta entre as prioridades da presidência da república. Quando foi demandado ao Ministério da Saúde, já direcionada à SGTES; Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tinha como indicativo a formação presencial de todos os ACS do país e um ATENF por equipe de saúde da família, vislumbrando o fortalecimento da AB e a sua necessária articulação com a SM.

O projeto começa a ter contornos a partir do final de 2012 quando da delegação para o Departamento de Gestão da Educação em Saúde DGES e áreas técnicas de SM e AB do MS que convocam seus próprios, Escola/GHC e ICICT/FIOCRUZ, para propor o desenho inicial de desenvolvimento de um projeto de formação em Saúde Mental para a totalidade dos ACS e um ATENF por equipe da ESF.

Organiza-se então uma oficina de trabalho em Brasília aos 15 de março de 2013, com a participação de representantes do DGES, da Saúde Mental/MS, Departamento de Atenção Básica/MS, ICICT/FIOCRUZ/MS, GHC/MS e UFRGS, por intermédio da Rede de Governo Colaborativo em Saúde, por experiências de ações com estes parceiros.

Nesta oficina é apresentado o contexto e desenho inicial do projeto que “prevê a formação de tutores e orientadores de aprendizagem que são responsáveis pela execução da capacitação a ser realizada em atividades presenciais de 40 horas. As formações, de tutores, orientadores e dos alunos ocorrerá de forma descentralizada nos estados da federação, respeitando a especificidade e os pactos de cada local. Foram previstos dois tutores para cada turma de 40 alunos, bem como equipe de orientação pedagógica e coordenação para todos os estados da federação” (ATA da oficina de 15/03/13).

Os objetivos e expectativas da formação, abaixo listados, falavam de um sonho de trabalhadores que fizeram parte da luta da anti-manicomial e da reforma sanitária, sonho de uma saúde acolhedora e humanizada, objetivos utópicos para

um curso de 40h, para profissionais de nível médio, mas as Políticas Públicas nascem dos sonhos, das utopias.

1. Impactar e implicar as equipes que compõem as redes de cuidado em cada território, a partir da formação realizada;
2. Viabilizar a participação da equipe de saúde e garantir o acesso aos conteúdos abordados;
3. Possibilitar que o material didático seja uma tecnologia de Educação Permanente para as equipes de saúde;
4. Dar visibilidade à política de saúde mental, explicitando a escolha pela rede substitutiva e demais alternativas de cuidado, considerando a rede de atenção em saúde mental e a especificidade do Crack;
5. Conhecer/questionar a rede existente e explicitar os fundamentos da política e da modelagem tecnoassistencial;
6. Reconhecer o que é demanda em saúde mental;
7. Desconstruir os modelos tradicionais de abordagem em saúde mental, incorporando os novos paradigmas da política de saúde mental;
8. Refletir sobre o sofrimento da vida e doença em saúde mental – processo de medicalização da vida;
9. Revisar as práticas e implicar as pessoas para atuar em terrenos cujos caminhos não estão dados, mas em construção no cuidado em saúde mental;
10. Habilitar para falar sobre a política de saúde mental e o funcionamento cotidiano da rede de saúde mental de cada território;
11. Implicar com a atenção e o cuidado das pessoas;
12. Conhecer a rede existente/desejada de saúde mental;
13. Favorecer a porosidade entre as redes de atenção psicossocial e de Atenção Básica;
14. Ampliar a caixa de ferramentas dos envolvidos: dispositivos de acolhimento, escuta etc.;
15. Identificar as demandas, e necessidades de ações e serviços em saúde mental;
16. Articular, produzir, inventar, mapear os recursos sociais e do setor saúde para o apoio ao sofrimento e adoecimento em saúde mental;

Ampliar a caixa de ferramenta dos ACS e Auxiliares/Técnicos de enfermagem para a atuação na saúde mental;

17. Ampliar a capacidade dos ACS e Auxiliares/Técnicos de enfermagem acolherem as necessidades das pessoas do território no campo de saúde mental;

18. Potencializar a função cuidadora, a responsabilização, alteridade, vínculo e direitos na saúde mental;

Partindo destas grandes expectativas o Grupo Condutor, em especial as áreas Técnicas da AB e SM, trazem conceitos orientadores da formação, como “Atenção em saúde mental centrada na autonomia, acesso, Integralidade, continuidade e rede de cuidado; Produção de significado a partir do cotidiano da relação entre equipes e usuários com alteração das práticas e dos processos de trabalho; saber fazer e utilizar tecnologias no cuidado; O papel dos ACS e ATENFS da Atenção Básica no campo da saúde mental – e na abordagem das drogas; Redução de danos como diretriz geral (ATA da oficina de 15/03/13).

A estratégia para que estes conceitos sejam incorporados no cotidiano de trabalho dos ACS e ATENFS tem que ser através da Educação Permanente, conforme Merhy o processo de educação permanente deve

...no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso. (MERHY, 2004, p. 173)

Pensando em quem levaria um processo formativo aos ACS/ATENFS que trouxesse à tona todos estes conteúdos, começa a se refletir sobre definição dos critérios para a seleção de tutores e orientadores de aprendizagem, primeiro se define por seleção pública por meio de Edital, visando garantir que estes sejam trabalhadores da rede de atenção e gestão da atenção básica e atenção psicossocial que estejam o mais próximo possível das localidades em que atuam os ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, prevendo uma regionalização do curso.

Em relação ao papel pedagógico do tutor e orientador esperava-se que exercesse mediação do processo de aprendizagem e articuladores da relação dos trabalhadores da equipe na rede de atenção e que reconhecessem no agente e auxiliar papel protagonista no cuidado em saúde mental.

O projeto, ao ser delineado, indicava o protagonismo local, este protagonismo foi idealizado através da Rede de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), das Escolas de Saúde Pública (ESP) e das áreas de saúde mental e atenção básica das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS), visando que este material pedagógico construído, se torne uma tecnologia de Educação Permanente a ser utilizado pelas equipes de saúde.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que já têm (BRASIL, 2007, p. XX).

Considerando o direcionamento dado pela Educação Permanente, ficou definido como objetivo geral do Projeto Caminhos do Cuidado: “Contribuir para a formação de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica para atuarem como agentes de mudança nas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas”.

Definiu-se também que os Objetivos Específicos fossem: Apropriar-se da política de saúde mental com ênfase na rede de atenção psicossocial com vistas à produção do cuidado; Discutir e construir o papel do ACS e do Auxiliar/Técnico de Enfermagem da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental conforme especificidade de cada território; Ampliar a caixa de ferramenta do ACS e Auxiliar/Técnicos de Enfermagem para o cuidado em saúde mental e a atuação na rede de atenção psicossocial (ATA da oficina de 15/03/13)

A definição dos objetivos foi acompanhada de balizamento conceitual, que reflete sobre a apropriação de conhecimento significativo, que extrapole o conhecer/saber instrumental e desconectado das práticas e realidades, o processo de refletir criticamente sobre as políticas e as principais diretrizes – autonomia, cidadania, território, acolhimento, vínculo, responsabilização e rede. As ferramentas para atuar/articular as políticas e as redes de atenção psicossocial do território e para a relação e interação com os usuários no cuidado.

Dentre os encaminhamentos e agendas, ficou pactuado uma próxima oficina para produção de uma matriz curricular, dos conteúdos, propostas metodológicas.

Para este momento, foi pensando levantar o debate sobre produções nas temáticas relacionadas e a presença de atores que contribuíssem com a produção do material didático; no intuito de fomentar a discussão entre parceiros sobre os objetivos, conteúdos e metodologias.

Na oficina de 04 de abril de 2013, com a participação de representantes do DEGES, UFRGS, ICICT/FIOCRUZ, FIOTEC, GHC, DAB, com extensa pauta, desde o Plano de trabalho, cronograma, até o projeto de contratação que foi encaminhado a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC foi solicitada a viabilização da primeira parcela de recursos que foi repassada pelo Ministério prevista para 20 de abril.

Esta oficina foi de grande importância pois definiram-se as equipes do projeto, suas vinculações e os critérios e metodologia para gestão dos recursos, ficando à FIOTEC a responsabilidade de formar novos sistemas, regulamentos e pactuação de cronogramas e responsabilidades pelas execução e fluxos de trabalho.

Neste momento, as equipes começam a se delinear tomando corpo, e o Grupo Condutor já se encontra constituído por membros do Deges, Rede de Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, ICICT/FIOCRUZ, Escola GHC, DAB, SM e Coordenação Executiva que se constitui com DEGES, Rede Colaborativa de Governo/ UFRGS, ICICT/FIOCRUZ, Escola/GHC.

As equipes de trabalho foram definidas conforme necessidades elencadas no desenho inicial do projeto, definido também onde ficariam sediadas e quais instituições seriam responsáveis pelas mesmas, idealizando sempre uma gestão articulada e com comunicação fluídica.

Ficou definido que a Equipe nacional seria sediada na Rede de Governo e sob a responsabilidade de gestão da Escola GHC e outra parte estaria sediada nas dependências do ICICT/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro. O desenho da equipe alocada na Rede de Governo Colaborativo em Saúde, em Porto Alegre, contempla as seguintes coordenações e apoios:

- ✓ Apoio pedagógico –
- ✓ Apoio matricial por macro-região
- ✓ Apoio gestão acadêmica, TI e secretaria acadêmica

A Equipe nacional sediadas no Rio de Janeiro ICICT/FIOCRUZ é composta por:

- ✓ Apoio infra-estrutura, recursos humanos e logística

- ✓ Apoio comunicação e produção de eventos

Nesta mesma oficina fica definido várias ações a cargo da Coordenação Executiva sediada em Porto Alegre:

a definição dos perfis dos componentes da equipe,

- ✓ Com o objetivo de identificar os atores e público alvo, produzir um relatório que apresente quem são os ACS e Aux. Enfermagem – buscar as singularidades e as semelhanças
- ✓ Definir o perfil dos facilitadores e tutores conforme pacto no grupo condutor
- ✓ Identificar as iniciativas de formação desta temática e para este público, em especial desenvolvida pelo MS e do SENAD (instituições e públicos).
- ✓ Fechar a data e organização da oficina de conteúdo do curso.
- ✓ Produzir proposta da necessidade de equipes nos estados considerando o número de alunos previstos.

A oficina continua com a apresentação do Plano de Comunicação, que previa a criação da marca, para tanto a equipe de comunicação pesquisou a área de conhecimento, buscou conhecer outras iniciativas, verificou as interfaces com a política de comunicação do MS e governo Federal, verificou o tramite burocrático e tempos para a produção de materiais didáticos, definiu-se a participação da equipe de comunicação na oficina de definição do plano de curso, cujo objetivo seria auxiliar em entender o diferencial do projeto em relação aos demais e identificação dos conceitos transversais (ATA da oficina de 04/04/13).

A partir desta oficina, se desencadearam-se várias outras oficinas com o objetivo de construção plano de curso, planejamento de implantação do projeto, validação do material pedagógico.

Outra prática sistemática estabelecida instituída no projeto são as reuniões mensais do Grupo Condutor para deliberações e acompanhamento do projeto.

Em 26 de abril de 2013, realiza-se a oficina de proposição do plano de curso e o produto desta oficina é a definição, dos objetivos, da matriz curricular e das questões de aprendizagem. Aqui já está definida a Coordenação Pedagógica e se somam outros atores que posteriormente se tornam consultores e educadores do projeto. Esta oficina indica encontros que aprofundem as questões referentes à

metodologia pedagógica, ao material didático e o do plano de curso (ATA da oficina de 26/04/13).

Aqui se desencadeia a contratação de parte das equipes, apoio pedagógico, inicialmente são selecionados 3 apoios pedagógicos, uma coordenação acadêmica, uma secretaria executiva.

Nos dias 13 e 14/05/13, em Porto Alegre, ocorre a Oficina de construção do plano de curso e material didático para o projeto, neste período ainda não haviam sido definidos o nome do projeto, nem sua identidade visual.

Esta oficina teve como objetivos, a elaboração do plano de ensino e planos de aula, elaborar a proposta para o material didático, definir conceitos e termos a serem utilizados no curso e no material educativo: p.ex. redução de danos, uso prejudicial/problemático de álcool e outras drogas, acolhimento etc. (fonte Relatório e programação oficina)

Como os objetivos do cursos eram ousados e previam um processo de educação permanente, o desafio era a construção de um material pedagógico que abordasse as questões cotidianas dos alunos e das Unidades Básicas de Saúde/UBS, portanto desejava-se que fosse um material aberto que pudesse ser enriquecido no ato do encontro com os alunos.

A articulação de processo de ensino aos processos de trabalho permite objetivar as relações sociais e técnicas subjacentes aos mesmos e considerar a intervenção social que transporta a intersubjetividade para o momento pedagógico. A problematização como estratégia de ensino possibilita a aplicação de técnicas de aprendizagem baseada em problemas, a reflexão teórica, a análise política e a síntese de informações e conhecimentos (PAIM, 2000, p.94).

O curso foi idealizado para ocorrer em 60 horas distribuídas em 5 encontros de 8 horas, perfazendo 40 horas presenciais e 20 horas de dispersão intercaladas aos encontros, a matriz curricular traz conteúdos que subsidiam os alunos a reconhecer seu território nas suas potencialidades, as possibilidades de redes de cuidado, conceito de drogas e de cuidado, as políticas de drogas, saúde mental, atenção básica e em especial a diretriz da Redução de Danos.

Quadro 1. Matriz curricular e carga horária por eixo temático

Matriz curricular	Carga Horária
Eixo temático 1: Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental	24 horas presencial 12 horas de dispersão
Eixo temático 2: A caixa de ferramentas dos ACS e ATENF na Atenção Básica	16 horas presencial 8 horas de dispersão
Eixo transversal: Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas	
Total	40 horas presencial 20 horas de dispersão

Fonte: Elaboração própria

Nesta oficina o material pedagógico fica delineado, mas fica uma preocupação, como será sentido o material pelos alunos será que ele corresponde às expectativas, será que as atividades de dispersão no território e nas UBS provocariam uma reflexão e dariam conta de um processo de educação permanente? Estas perguntas ficaram rondando a equipe pedagógica enquanto o material ia sendo ajustando.

No dia 15 de maio de 2013, na reunião do Grupo Condutor, foi apresentado o plano de comunicação do projeto, o conceito visual e a imagem do projeto, dando a ideia de uma mão, recebendo o nome de Caminhos do Cuidado. (ATA reunião GC 15/05/13)



Toda a concepção do curso ali ficou resumida, caminhos do cuidado, segue a fundamentação da equipe de comunicação.

“A logomarca recebe a seguinte fundamentação: Os agentes comunitários e auxiliares/técnicos de enfermagem devem compreender a integralidade do cuidado e ampliar as possibilidades de atenção ao usuário. Para isto, deve ser seguido o princípio da equidade e a diretriz da redução de dano. Estes trabalhadores devem se distanciar de uma abordagem moralista e se aproximar de uma prática de

intervenção na perspectiva da clínica ampliada e humanizada. As diretrizes da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica oportunizam a escuta das singularidades e o reconhecimento da cidadania, centrando-se nas necessidades de saúde e demandas sociais, priorizando o vínculo para conseguir diminuir os efeitos danosos relacionados ao uso de álcool e drogas.

A ideia do lema da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não, também comporia a fundamentação da logomarca. No entanto, não existe uma fórmula pronta para o cuidado. São processos, caminhos múltiplos como a diversidade cultural, como a complexidade de relações sociais e culturais que atravessam as relações humanas. Lembrando que a formação ocorrerá de forma descentralizada nos estados da federação, respeitando a especificidade e os pactos de cada local, os vários “caminhos” devem ser percorridos de acordo com a diversidade de culturas e situações que podem ser encontradas. Esses caminhos também sugerem o movimento, a mobilização para a mudança. O desafio de mudar a cultura/imaginário em relação aos usuários de álcool e outras drogas. Quando se cruzam, estes caminhos podem ser os da articulação da rede de atenção e da rede comunitária” (ATA reunião GC 15/05/13).

Chegamos, ao final de maio, com nossa marca, nossa identidade, conceitos norteadores plano de curso, matriz curricular. Chega então o momento de apresentação aos Estados, e, para tanto, a necessidade da contratação dos profissionais que fariam as articulações regionais. Tem início a constituição da equipe macro regional, composta inicialmente para cobrir os 6 primeiros estados, ingressando por contrato de bolsa 2 macro regionais que seriam referência da Região Norte, Nordeste, Sudeste e Centro Oeste e a Escola GHC, estrategicamente, compõe do seu quadro a macro regional sul e indica um apoio para a criação do sistema acadêmico.

Outros encontros foram realizados aprofundando e dando corpo e formato ao material pedagógico e que se tornaria a espinha dorsal do projeto, pois, com base neste, entraríamos nos estados e começaríamos a inserção do projeto.

Na reunião do Grupo Condutor e Coordenação Executiva em 12/06/13 foi dada finalização à definição dos perfis de todas as equipes de trabalho, foram pactuados fechado as atribuições e mapas da estrutura organizacional do projeto e mapa de atribuições e respectivas tarefas, também foi abordado a questão dos programas e do sistema de informações (ATA reunião GC 12/06).

Importante observar que, ao longo deste percurso, tentou-se que todas as ações e oficinas fossem articulando as diferentes equipes que o projeto estava constituindo. Como exemplo, foi realizada uma grande oficina de planejamento ocorrida em 10 de julho onde, estrategicamente, ocorreram várias definições foram apontados os prazos, com a participação da coordenação do projeto, executiva, planejamento, infra-estrutura, grupo condutor, macro-regiões, secretaria acadêmica, equipe pedagógica e comunicação social, para a organização do trabalho onde foram discutidos pontos na estrutura organizacional e cronograma de datas para a elaboração dos trabalhos por área.

Neste momento a Coordenação Acadêmica está trabalhando no Edital de seleção dos orientadores e a previsão das oficinas de capacitação para orientadores era de ser realizada em Brasília para os seis estados: Acre, São Paulo, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. O prazo de início para a publicação do edital era de 21 de agosto de 2013.

Ficou o indicativo que a articulação das reuniões com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e ETSUS deveria ocorrer até 25 de julho.

Várias definições em relação ao material didático, caderno do aluno, caderno do tutor e cartilhas, foram definidas nesta oficina de planejamento desde o primeiro lote com 2.500 exemplares que deveria estar impresso até o dia 27 de setembro. As oficinas de validação para cartilha e caderno do aluno ocorreram nos dias 29 e 30 de setembro. As oficinas para validação do caderno do tutor deveriam acontecer nos dias 01 e 02 de setembro.

Foi definido como meta que as primeiras turmas de aluno precisariam ser realizadas até outubro, definido também que o prazo para o lançamento do *hot site* seria dia 20 de agosto, este que seria o grande espaço comunicador do projeto.

Durante todo o processo de concepção e implantação do projeto o planejamento é ferramenta fundamental, pois planejar é “pensar antes de fazer”, é um pensar organizado, é direcionar a ação e os esforços para alcançar objetivos.

“A função do planejamento é tornar a ação clara, precisa, efetiva, eficiente, eficaz, orgânica, direcionada e, portanto, transformadora” (RAUPP, 1999).

Um momento importante foi a oficina de validação do material didático realizado em 17 de julho com a participação de ACS e ATENFS de várias regiões do país.

O encontro foi muito intenso, uma imersão no material educativo, com contribuições significativas dos Agentes Comunitários e ATENFS. A avaliação final destes colaboradores revelou a riqueza do encontro, por fim, construímos um Caderno do Aluno, fruto do trabalho coletivo.

O teste “*drive*” que foi este encontro, nos mostrou sua potência e também algumas fragilidades, que contribuiu para aprimorar o nosso planejamento, articulação e comunicação.

Em termos de articulação, ficou visível a necessidade de descentralizar mais nossas ações e dar liberdade para as Macro Regionais realizarem as articulações, visando dar agilidade ao processo, com a identidade visual do projeto aprovada tivemos mais liberdade na comunicação. Até este momento, as Macro Regionais focaram-se em mapear as redes estaduais e suas possibilidades.

Uma fragilidade para o projeto, em um País com dimensões continentais e com uma mobilidade aérea precária, é a dificuldade de operacionalização e a logística. Este fato inviabilizou a presença do Acre na oficina de validação, apesar de todo o esforço, o tempo para a participação deles necessita de uma antecedência de no mínimo, dez dias para aquisição de passagens aéreas, tema que se torna recorrente no desenvolvimento do projeto.

Outra questão importante de considerarmos é que nos eventos nacionais que chamarmos os ACS ou ATENFS é necessário viabilizar a diária e ajuda de custo antecipadas, pois eles não têm condições financeiras de arcar com a antecipação de despesas. Na oficina de validação do material didático teve uma interação intensa entre as equipes, pedagógica, macro regionais, acadêmico, comunicação e infra estrutura, acabou tornando o material pedagógico o fio condutor do processo.

A avaliação ao final da oficina e as impressões dos ACSs e ATENFs, traz o seguinte relato:

Ao final do dia, os participantes da oficina realizaram uma roda de conversa e fizeram uma avaliação coletiva do dia de trabalho. Os participantes da oficina classificaram como extremamente positivo o convite para participar da oficina de construção do caderno, e sentiram-se atores do processo. Os ACSs e ATENFs acreditam que esse curso vai ajudar a romper preconceitos e esclarecer sobre o uso de drogas. Segundo eles, o caderno levantou questões importantes sobre redução de danos, instigou o debate, ampliou conceitos e desencadeou reflexões sobre a atuação de todos. A linguagem da cartilha e do caderno foi considerada adequada e muito atual. O fato de o material ter passado pelo crivo de quem vai utilizá-lo foi muito

bem recebido. Alguns ressaltaram que foi uma oportunidade muito rica, de contar com diversos olhares de pessoas dos mais diferentes lugares do país, com troca de experiência e práticas (Fonte Relato oficina validação 17 de julho 2013).

Após a validação do material pedagógico, inicia-se outro momento de extrema importância, levar esta construção pedagógica inicial aos Estados, através de conversa com as Escolas Técnicas do SUS/ETSUS e áreas técnicas dos 6 estados para primeira etapa, estes chamados num primeiro momento de estados prioritários, são eles: Distrito Federal, São Paulo, ACRE, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Paraná, esta reunião marca o ingresso nos estados e início da implementação e descentralização do projeto.

A partir deste momento o papel das Coordenações Macro Regionais se torna fundamental, no sentido mediar a adesão dos estados ao projeto e o engajamento destes na estruturação das equipes estaduais e lançamento dos Termos de Referência Públicos (substituindo edital) que selecionará os orientadores e tutores de aprendizagem dos estados.

REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agente Comunitário "...Eu realmente acredito no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, pois eles são muito mais próximos das pessoas e podem compreender as suas questões muito melhor que os médicos. Estou completamente comprometida com o trabalho dos Agentes Comunitários

(Barbara Starfield)

O tema da educação para profissionais de nível médio no âmbito da saúde instiga ao estudo por ser uma área que concentra o maior número de profissionais, e a questão essencial que é a formação para o SUS considerando os seus princípios.

Se refletirmos por exemplo, sobre a Integralidade do cuidado como um princípio organizador do SUS, observaremos que em todo o percurso do cuidado há profissionais de nível médio, em especial, auxiliar/técnico de enfermagem e para a maioria deles esta Política Pública, o SUS, não consta no seu percurso formativo.

Empiricamente, por observação do cotidiano profissional, percebemos a diferença da atenção realizada do profissional de nível médio/técnico quando conhece, entende e se vê como parte da Política Pública ou melhor do SUS, do técnico que só sabe a realização da técnica, por reconhecer o SUS como uma Política Pública entendendo-a acolhe melhor o sujeito que solicita ajuda.

Entendo que, para existir a Integralidade no cuidado as diferentes Políticas, como SUS, SUAS devem se articular:

A compreensão da integralidade da atenção está atravessada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não podem ser tratadas de forma isolada e, por vezes, descontínua. Ao contrário, para que se possa planejar e garantir a promoção e exercício da saúde como qualidade de vida, é preciso gerar o máximo de interfaces possíveis, sejam estas entre as diferentes pastas e serviços que compõem o campo da saúde, ou com outros campos, como educação, assistência social, justiça e segurança, habitação e cultura (SILVA, 2009, p. 143).

Projetar uma formação presencial que abranja todos os ACS do País e um universo importante de aux/tec de enfermagem, com qualidade e que repercuta nos territórios de vida e atuação desses profissionais, que leve em consideração a

cultura local, em um país com bases continentais, é desafiador o que me despertou o desejo de cartografar a implantação deste projeto.

Como o projeto está em plena implementação, e pela minha implicação com o projeto, premissas como a de neutralidade ou a de me separar como sujeito do objeto de estudo não poderiam existir e, por este motivo, realizar um relato tento como inspiração a cartografia, por ser um método no qual o pesquisador está envolvido e o próprio processo investigativo atua como intervenção.

Segundo Mairesse (2003, p. 263),

o paradigma norteador da cartografia (...) refere-se a uma abordagem ético-política e estética da produção de conhecimento. (...) um conhecimento que se produz na própria construção do objeto, compreendendo a implicação do pesquisador entrelaçado a este, partindo do pressuposto que se está, conjuntamente ao processo de análise, produzindo-se subjetividade. Não se está referindo a uma intervenção no objeto, mas a produção de uma outra coisa que fora deste olhar não existiria.

Na reflexão de sobre a escolha do método de estudo, e pensar que ao cartografar o projeto e se torna um objeto de estudo, outra metodologia começa a se tornar possível: a narrativa,

por ser a mediação entre a experiência e o discurso, sendo a experiência as vivências e o discurso a teoria. Esta mediação que é a reflexão, compreensão que tem como ponto de partida a realidade do cotidiano das práticas sociais, que fugir da dicotomia do discurso prático para estudar as situações e refletir sobre a prática em saúde através da narrativa se aprende a analisar a realidade, a organizar a experiência e a conferir sentido ao que se vive e ao mundo em que se vive (DELORY-MOMBERG, 2008, p. 108).

Espero que este relato de experiência ratifique a importância de uma formação voltada para o SUS e sua repercussão nas políticas de AB e SM.

No percurso deste relato de experiência tivemos a oportunidade de revisitar o modelo pedagógico, que se pauta na educação permanente e se utiliza de metodologias significativas que buscam o reconhecimento do território, das redes de atenção e da construção de uma caixa de ferramentas que subsidie o trabalho e amplie o olhar do trabalhador.

A construção desta cartografia nos permitiu acompanhar a execução do projeto, possibilitando a análise da implantação, implementação e gestão das

múltiplas equipes e a articulação entre elas e as dificuldades gerenciais destas, por se estabelecerem em espaços diferentes.

O processo de implantação do projeto torna viva a implementação articulada das políticas de Atenção Básica, Saúde Mental e Educação Permanente pela ação do Ministério da Saúde que, na execução, otimiza recursos ao requisitar suas próprias instituições e suas expertises, no caso Escola GHC e ICIT/FIOCRUZ

Buscamos, desde a primeira visita ao Estado, reinventar o projeto e torná-lo descentralizado estimulando o protagonismo das ETSUS, através das negociações com gestores municipais, para a adesão ao projeto e na divulgação junto aos trabalhadores do SUS da Saúde Mental e da Atenção Básica, para aderirem ao projeto no papel de educadores como tutores ou orientadores de aprendizagem.

Nos espaços de gestão do projeto constituídos nos Estados, faz-se o planejamento, a organização e a estruturação das turmas de ACS/ATENFS, bem como a divulgação do projeto. O projeto iniciou em 06 estados e foi ampliando-se progressivamente. No momento, já se iniciaram as formações em mais de 10 estados e a previsão é que até o final de fevereiro, deverão estar constituídas as 27 coordenações estaduais. O Projeto previu inicialmente a seleção de 80 Orientadores e 1000 Tutores de aprendizagem através de Termo de Referência lançado regionalizadamente nos estados e divulgado através das ETSUS e página do projeto³.

Os tutores desenvolvem o curso dos ACS/ATENFS nos estados, e são supervisionados pelos orientadores através de um espaço em EAD denominada de Comunidade de Práticas, que após a execução de três turmas este tutor completa seu ciclo de formação que é composto de 40hs e 80hs em EAD.

O Caminhos do Cuidado iniciou efetivamente em maio de 2013 e até dezembro produziu dois materiais educativos, promoveu a formação de 38 orientadores, 293 tutores, 94 turmas, totalizando 3447 ACS/ATENFS formados. As avaliações realizadas pelos alunos até o momento foram muito positivas, em especial, dizem respeito ao despertar de um novo olhar para a atenção ao sofrimento mental na Atenção Básica. Acreditamos e buscamos que a implementação do projeto e a incorporação de seu método e temática no itinerário formativo dos ACS, qualifique a atuação destes profissionais em seus territórios.

³ <http://www.caminhosdocuidado.orgs/>

Como sugere Merhy, ao abordar a Educação Permanente deve estar associada a Pedagogia da Implicação,

Esta pedagogia da implicação, parece-me inseparável do desafio que Ricardo apontara a Educação Permanente. Construí-la no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador de ações nos Polos deve ser uma perseguição implacável para quem quer efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, entre nós (MERHY, 2004, p. 174).

Finalizando minhas considerações e a importância sobre a questão da Saúde Mental na Atenção básica, inspirada em Rubens Alves ao ser convidado a falar sobre Saúde Mental, tema ao qual considera ter expertise, resolve refletir sobre as pessoas que o inspiravam e, como ele fala,

peças cujos os livros e obras são alimentos para a minha alma. “ Nietzsche, Fernando Pessoa, Van Gogh, Wittgenstein, Cecília Meireles, Maiakóvsk. E logo me assustei. Nietzsche ficou louco. Fernando Pessoa era dado a bebida. Van Gogh matou-se. Wittgenstein alegrou-se ao saber que iria morrer em breve: não suportava mais viver com tanta angústica. Cecília Meireles sofria de uma suave depressão crônica. Maiakóvski suicidou-se. Todas elas, pessoas lúcidas e profundas que continuarão a ser pão para os vivos muito depois de nós termos sido completamente esquecidos.

Mas será que tinham saúde mental? (ALVES, 2012, p. 25)

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Pimentas**: para provocar um incêndio, não é preciso fogo. 1.ed. – São Paulo: Planeta, 2012

ANAIS da Oitava Conferência Nacional de saúde, realizada 17 a 21 de março de 1986. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF agosto 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.– 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.36 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde)

CAMPOS, Gastão Wagner de. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org); MERHY, Emerson Elyas; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Inventando a Mudança na Saúde**. Saúde em Debate – Série Didática, 2ed. São Paulo: Hucitrec, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde**: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.

CONTE, Marta e et al. **Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da atenção básica**. Boletim da saúde.ESP/RS.Porto Alegre. Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004 p. 60 à 77.

KIRST, Patrícia G.; GIACOMEL, Angélica E.; RIBEIRO, Carlos J. S.; COSTA, Luis Artur; ANDREOLI, Giovani S.. In: FONSECA, Tânia G., KIRST, Patrícia G.(org). **Cartografias e Devires**: A Construção do Presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

LYRA, M. A. A. **Desafios da saúde mental na Atenção Básica**. Cadernos IPUB, Rio de Janeiro, v.13, n.24, p57-66,mar-abr 2007.

MAIRESSE, Denise. **Cartografia: do Método à Arte de Fazer Pesquisa**. In: FONSECA, Tânia G., KIRST, Patrícia G.(org). **Cartografias e Devires: A Construção do Presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MENDES, E.V.(org). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília:OPAS/OMS, 1994.

_____. **Os Sistemas de serviços de saúde: o que os Gestores precisam saber sobre Sistemas Complexos**. Fortaleza: Escola e Saúde Pública do Ceará, 2002.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

PAIM, Jairnilson. **Novos Sujeitos, Novos Paradigmas**.In: Paim J.S; ALMEIDA, Filho, N. **A crise da saúde pública e a utopia da Saúde**. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PASSOS Eduardo, Kastrup V Virginia, Escóssia Liliana. **Pistas do Método Cartografia: Pesquisa-Intervenção e produção de subjetividade**. P. Alegre; Sulina 2010. 207p

PAULON, Simoni e NEVES, Rosane (org). **Saúde Mental na Atenção Básica, a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sina 2013. 151p.

RAUPP, Bárbara. **Educação e planejamento participativo em saúde**. Estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária. Porto Alegre e Montevidéu. Dissertação de mestrado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1999.

RODRIGUES, Edelves V. **Projeto de Gestão do SSC 2005/2007: Uma Proposta de Gestão Através da Construção Compartilhada**. Documento de circulação interna – Grupo Hospitalar Conceição (GHC), 2005.

RODRIGUES, Edelves V. **Cortiço, Uma realidade histórica, uma possibilidade de intervenção?** Dissertação de mestrado em Serviço Social. Pontifícia de Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1998.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007, 247p.

SANTOS, Alexandre L.; RIGOTTO, Raquel M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde**. Revista da EPSJV/Fiocruz.Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011

SILVA, Patrícia Ligocki, et al. **A Interface Saúde Mental e Atenção Básica**.

(ESP/RS) 2009.

SILVA, Silvio Fernandes da (Org.), CARVALHO, Gilson et.al. **Redes de Atenção a Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes Regionalizadas de Ações e Serviços de Saúde**. Campinas SP: IDISA: CONASEMS

STARFIELD B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO-Ministério de Saúde,2002.

VAZ, Lilian Fessler. **Moradia em Tempos Modernos**. In: Brasil, Território da desigualdade – Descamjinhos da Modernização. Organizadoras Rosélia Piquet e Ana Clara Torres Ribeiro. Jorge Zahar Editor - Fundação Universitária José Bonifácio. 1991. Rio de Janeiro. RJ. P. 136

FONTES PRIMÁRIAS DE PESQUISAS

ATA da oficina de 15/03/13. Relatório da Oficina do Projeto de Formação de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem em Saúde Mental – ênfase em crack e álcool e outras drogas. Local Brasília DF.

ATA e Relatório da Reunião do Grupo Condutor de 04/04/13. Brasília, 04 de abril de 2013.

ATA da oficina de 26/04/13. Relatório da Oficina do Projeto de Formação de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem em Saúde Mental – ênfase em crack e álcool e outras drogas. Local Brasília DF.

Relatório e programação Oficina de construção do Plano de Curso e Material Didático para o projeto de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família – Saúde Mental ênfase em Crack, álcool e outras drogas. Dias: 13 e 14/05/13. Local: Porto Alegre.

ATA e Relatório da Reunião do Grupo Condutor de 15/05/13. Local: ICICT-Fiocruz - RJ

ATA e Relatório da Reunião do Grupo Condutor e Coordenação Executiva de 12/06/13. Porto Alegre/RS.

ATA e Relatório da oficina de validação 17 de julho de 2013. Porto Alegre/RS.