



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FRANCÉLI FRANCKI DOS SANTOS

**Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras
drogas: analisando a convergência de políticas de Atenção
Básica e Saúde Mental no cotidiano das equipes de Saúde
da Família**

Porto Alegre
2015

FRANCÉLI FRANCKI DOS SANTOS

Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: analisando a convergência de políticas de Atenção Básica e Saúde Mental no cotidiano das equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Linha de Pesquisa: Saúde, instituições e cidadania

Professor Orientador: Dr. Alcindo Antônio Ferla

Porto Alegre

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237c

Santos, Francéli Francki dos

Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: analisando a convergência de políticas de Atenção Básica e Saúde Mental no cotidiano das equipes de Saúde da Família / Francéli Francki dos Santos ; orientador Alcindo Antônio Ferla. Trabalho de Conclusão de Curso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – 2015.

108 f. : il.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Básica em Saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Crack. 5. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 6. Projeto Caminhos do Cuidado. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Título

CDU: 614

FRANCÉLI FRANCKI DOS SANTOS

Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: analisando a convergência de políticas de Atenção Básica e Saúde Mental no cotidiano das equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora

Maria Cristina Soares Guimarães - Fundação Oswaldo Cruz

Miriam Guterres Dias - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, pela acolhida generosa, os abraços afetuosos, as palavras de incentivo e os momentos de provocação. Obrigada pela aposta e confiança durante essa trajetória.

À banca examinadora, por aceitar o convite em contribuir para essa etapa final da pesquisa.

Ao Prof. Ricardo Ceccim, por me apresentar uma outra escrita possível em sua UPP-Revisão Contemporânea sobre a Educação na Saúde, que me fez por vezes sair dos encontros “sem rumo”.

A todos os colegas do Projeto Caminhos do Cuidado, pela bela caminhada percorrida juntos, que se entrelaçou com essa produção sendo a cada dia dividida um pouco com cada um. Agradeço especialmente aos colegas alquimistas macrorregionais (Anna Letícia, Pedro, Lucenira, Renata, Kaciely, Lenice e Edelvels) pela amizade, aprendizados e angústias partilhadas.

À Rede Unida, especialmente nas figuras de Alcindo Ferla, Sueli Barrios e Vera Rocha, pela confiança no meu trabalho e compreensão neste momento de encerramento de ciclos e abertura de novos. Agradeço aos colegas da Secretaria Executiva Nacional do VER-SUS, pela paciência e parceria nesta etapa de transição e de intensa produção acadêmica.

À Caren Bavaresco, pela paciência e persistência no tratamento dos dados do PMAQ.

À Thais Maranhão (e Vicente), que carinhosamente leu e contribuiu com essa produção em uma longa tarde de sexta-feira que discutimos cada linha (sim, porque ela não deixa passar nada). Aos vários encontros que a vida tem nos proporcionado, Mestrado, Caminhos do Cuidado e agora VER-SUS.

À Thaís Bennemann, pela parceria de trabalho e por ouvir minhas angústias nessa reta final de escrita.

Ana Cristina, a amiga que o Caminhos do Cuidado me presenteou. Muito obrigada pela parceria, escuta e carinho. Desculpa pelas ausências em função da “Dirce”, mas agora estou retornando!

Ao amigo-irmão Régis, pela amizade de tantos anos. Por acolher minhas angústias, pelos vários momentos em que “reformamos” o mundo, pelo carreteiro de charque, pelo melhor vazio assado, pelo vinho, pelos abraços...

Aos meus amigos conquistados em todos os encontros da vida, em função da faculdade, movimento estudantil, mestrado, trabalhos... Todos têm um pouquinho em mim e nessa produção.

À minha vó, Nena, que, aos 102 anos, me surpreende com sua vitalidade e vontade de viver.

Ao meu pai, Edu, por sempre me incentivar a estudar e nunca medir esforços para isso.

À minha dinda, Dilma, minha segunda mãe, pelo amor, zelo e orações.

À minha mãe, Idianes, por todo amor, por todo apoio e por ser a minha maior incentivadora. Muito obrigada!

RESUMO

A dissertação propõe a discussão acerca da participação dos tutores no Projeto Caminhos do Cuidado - Formação em crack, álcool e outras drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares e Técnicos em Enfermagem e a contribuição da formação em Saúde Mental para a vida profissional desses tutores. Por meio dessa discussão, a autora analisou as mudanças possíveis de acontecer na saúde mental e atenção básica a partir do processo de trabalho dos tutores, como resultado dessas novas aprendizagens. Para embasar a discussão, foi realizado um resgate histórico relativo às políticas sobre drogas até a atual política de formação incentivada pelo Ministério da Saúde. Dentro desse referencial teórico foi destinado um capítulo à discussão da saúde mental na atenção básica e à caracterização do cenário das ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas na atenção básica, por meio dos dados dos dois ciclos do PMAQ-AB. Esses dados foram analisados de acordo com estatística descritiva através do software SPSS. A participação dos tutores foi analisada conforme banco de dados secundários, organizado a partir de formulários preenchidos por eles como dispositivo de avaliação do Projeto. Do total de 890 questionários preenchidos, foram analisadas três questões abertas. Para a organização e análise dos dados qualitativos optou-se pela Análise de Conteúdo, sendo operacionalizada por meio da categorização temática com apoio do Software NVivo 10. Ao analisar os dados do PMAQ-AB, ficou evidente a necessidade de ações de saúde na Atenção Básica voltadas aos usuários de álcool e outras drogas. Partindo desta constatação e das falas dos tutores, evidenciou-se que o Projeto Caminhos do Cuidado se mostrou como potente ferramenta de mudanças das práticas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Para a análise dos efeitos do Projeto Caminhos do Cuidado nos sistemas locais de saúde serão necessários estudos envolvendo outros atores. Mas, é possível afirmar que a formação recebida pelos tutores mostrou-se capaz de transformar a imagem de receio e preconceito em relação aos usuários de álcool e outras drogas, essa mudança possibilitou novas formas de cuidado e a compreensão da Atenção Básica como espaço privilegiado para esse cuidado. O espaço de Educação Permanente em Saúde proporcionado pelo Projeto possibilitou, o acúmulo de novas aprendizagens, potencializado pela metodologia

problematizadora, sendo a temática da Redução de Danos a mais citada entre os tutores.

Palavras-chave: Crack. Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Atenção Básica em Saúde. Projeto Caminhos do Cuidado.

ABSTRACT

The present dissertation proposes a discussion about the tutor's participation in the Project Caminhos do Cuidado (Care Ways) studies on crack; alcohol and other drugs in communitarian health agents and nursing technicians along with the formation contribution in Mental Health to the professional lives of these tutors. Through this discussion, the author analyzed possible changes in Mental Health and Basic Attention from the tutor's work process, as a result of these learning processes. To base this discussion a historic data rescue about drug policies was formed until the present training policies incentivized by the Brazilian Health Ministry. In this theoretical referential, one chapter was destined to discuss mental health in basic attention and the characterization of the scenery of the actions towards the alcohol and drugs users in basic attention, according to data of both cycles PMAQ-AB (Brazilian National Program of Improvement of Access and Quality in Basic Attention). These data were analyzed according to the descriptive statistics in Spss Software. The tutor's participation was analyzed as second data base, organized from forms previously filled by them as a device of Project Evaluation. From 890 filled forms, three questions were analysed. For the organization and quality data analysis, content analysis was chosen and operated by means of theme categorization with the support of NVivo10 Software. By analyzing PMAQ-AB data, it became evident the necessity of health actions in Basic Attention towards alcohol and drug users. From this conclusion and the tutor's testimonials, it became evident that the Caminhos do Cuidado Project has shown itself as a potent tool of change in care practices in Mental Health in Basic Attention. To the effect analysis of Caminhos do Cuidado Project in local systems of health, more studies involving other subjects will be necessary. Although it is possible to state that the formation received by the tutors was capable of transforming the image of fear and prejudice towards the drug and alcohol users, this change enabled new forms of care and comprehension of Basic Attention as a privileged space for this care. The space of Permanent Education in Health provided by the Project enabled the accumulation of new leanings, enhanced by the investigation methodology, and Harm Reduction being the most quoted among authors.

Keywords: Crack. Community Health Agents. Primary healthcare. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Caminhos do Cuidado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho Organizacional do Projeto Caminhos do Cuidado.....	38
Figura 2 - “Tirinha” do cartunista Armandinho.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição de Tutores que responderam ao questionário por Estado.....
.....48
- Gráfico 2 - Distribuição percentual de equipes de atenção básica que possui registro dos usuários de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º Ciclo do PMAQ-AB
.....56
- Gráfico 3 - Distribuição percentual de equipes que ofertam ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º ciclo do PMAQ-AB.....57
- Gráfico 4 - Distribuição percentual de equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º ciclo do PMAQ-AB.....58
- Gráfico 5 - Distribuição percentual de equipes de Atenção Básica que possui registro dos usuários de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º Ciclo do PMAQ-AB..... 59
- Gráfico 6 - Distribuição percentual de equipes que ofertam ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB.....60
- Gráfico 7 - Distribuição percentual de equipes que possuem protocolos para estratificação de riscos para uso de álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB
.....61
- Gráfico 8 - Distribuição percentual de equipes que realizam grupos com foco na abordagem do uso de álcool e outras drogas, em relação à região e ao

país no 2º ciclo do PMAQ-AB.....62

Gráfico 9 - Distribuição percentual de equipes que realizam busca ativa para situações de álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB.....63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIDS- - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ATENf - Auxiliares e Técnicos em Enfermagem

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAD – Educação à Distância

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP-RS – Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul

ETSUS – Escola Técnica do SUS

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

FORMSUS – Formulários do SUS

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

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

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

PESC – Programa de Extensão em Saúde Coletiva

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PPG – Programa de Pós-Graduação

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAGU – Sistema Aberto de Gestão Unificada

SGTES - Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 CONHECENDO O PERCURSO	20
2 A CAMINHADA A PARTIR DAS LEITURAS QUE FIZ	29
2.1 O que dizem as leis.....	29
2.2 Um outro jeito de caminhar	36
2.3 Como tudo se organiza.....	37
2.3 Formação de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 Caracterização do Estudo	46
3.2 Coleta dos Dados	46
3.3 Análise dos Dados.....	48
3.4 Considerações Éticas	51
4 SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO BÁSICA E PMAQ-AB	52
4.1 A interface entre Atenção Básica e Saúde Mental no PMAQ-AB.....	55
4.2 Algumas evidências de um percurso em andamento	62
5 O QUE ENCONTREI PELO CAMINHO	65
5.1 Quebra de paradigmas e mudança do olhar em relação ao usuário de álcool e outras drogas.....	65
5.2 Ampliação da Clínica.....	69
5.3 Troca de saberes e experiências	74
5.4 Metodologia e ampliação dos conhecimentos	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO PMAQ-AB	98
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO.....	99
ANEXO C - FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO DOS TUTORES DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO	100
APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO	105
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO	106
APÊNDICE C- TABELA DE CATEGORIAS.....	107

APRESENTAÇÃO

Verbo Ser

Que vai ser quando crescer?
 Vivem perguntando em redor. Que é ser?
 É ter um corpo, um jeito, um nome?
 Tenho os três. E sou?
 Tenho de mudar quando crescer?
 Usar outro nome, corpo e jeito?
 Ou a gente só principia a ser quando cresce?
 É terrível, ser? Dói? É bom? É triste?
 Ser; pronunciado tão depressa, e cabe tantas coisas?
 Repito: Ser, Ser, Ser. Er. R.
 Que vou ser quando crescer?
 Sou obrigado a? Posso escolher?
 Não dá para entender. Não vou ser.
 Vou crescer assim mesmo
 Sem ser Esquecer.

(Carlos Drummond de Andrade)

Nesta apresentação gostaria, além de fazer um convite à leitura dessa dissertação, apresentar, também, minha trajetória acadêmica e minhas motivações em “SER” uma profissional da área da saúde e posteriormente uma pesquisadora em Saúde Coletiva. Trajetória essa permeada por muitos desafios e metamorfoses, que foram sendo sentidas pelo meu corpo e alma durante esse percurso feito por muitas escolhas e aprendizagens.

Sempre me foi muito claro que faria algum curso da área da saúde, porém tinha algumas dúvidas de qual mais se adaptava ao meu perfil. Comecei, ainda muito jovem, a pensar sobre isso, guardar recortes de jornais e revistas que falavam sobre as profissões. A dúvida estava entre Farmácia, Fisioterapia e Medicina, e, com o incentivo dos meus pais, fui conhecer a rotina desses serviços e ver qual deles mais se encaixaria nas minhas aspirações futuras. A associação era fácil, médico=consultório/hospital, fisioterapeuta=clínica/hospital e farmacêutico=laboratório. Frente a essas associações hegemônicas e ao entendimento reduzido do conceito de saúde, fui buscar nesses lugares minhas inspirações para a escolha da profissão que seguiria.

Dentre as opções, a que me fez brilhar os olhos e mobilizou o corpo foi a Fisioterapia. Quando ingressei no curso, confesso, me atraía a proposta reabilitadora.

Imaginava o quão gratificante seria auxiliar as pessoas na retomada das atividades cotidianas. SUS? Sabia que existia. Mas o que fisioterapeuta tinha a ver com isso? Essa pergunta me acompanhou durante uma boa parte da graduação... Era a primeira turma do curso de Fisioterapia daquela Instituição de Ensino, e com ele, a responsabilidade de fazer transformações na formação desses novos fisioterapeutas, desvincular esse profissional do imaginário exclusivo da cura e reabilitação e apresentar-lhe outras ferramentas de intervenção. Havia uma aposta pedagógica explícita na diversificação de cenários de aprendizagem como dispositivo de produção de novos imaginários profissionais.

Todas as atividades foram desenvolvidas em serviços públicos de saúde, sem desprivilegiar nenhum local da rede de atenção à saúde, porém, considero que o local mais desafiador de práticas tenha sido a atenção básica, por suas inúmeras singularidades e por um novo fazer da fisioterapia que estava sendo apresentado. Essa prática em campo era associada às discussões em sala de aula, adotando como referencial teórico os consagrados pesquisadores da Saúde Coletiva, também utilizados nessa pesquisa.

Esse envolvimento com a Saúde Coletiva aliado a um perfil pessoal foi me instigando a ocupar outros espaços junto ao curso de Fisioterapia - diretório acadêmico e colegiado do curso - e fora do curso com o movimento estudantil da área da saúde. Conteí com grandes mestres neste período, mestres da academia, mestres dos serviços por onde passei e mestres da vida (amigos, colegas, usuários), com os quais, durante esse tempo, foram montadas redes e parcerias que se sustentam até os dias de hoje. Foi através dessa rede que o VER-SUS¹ Brasil teve suas primeiras edições realizadas em Santa Maria-RS, e que pude participar como vivente² e no ano seguinte, como membro da comissão organizadora. Hoje, tenho muito orgulho em compor a equipe de coordenação nacional desse projeto, que faz parte da minha

¹ O Projeto VER-SUS Brasil visa realizar estágios de vivência para que estudantes universitários/as tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS e, assim, qualificar-se para a atuação no Sistema Único de Saúde. Acontece em parceria entre o Ministério da Saúde, Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS e Movimentos Estudantis e Sociais. (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013).

² Expressão que foi sendo cunhada no interior das vivências e estágios para designar uma posição não coincidente com a do estagiário que aprimora suas capacidades profissionais aprendidas na sala de aula e nos livros, mas de uma posição em que a exposição do corpo ao contexto da aprendizagem mobiliza novas capacidades e novas sensibilidades profissionais. O vivente é aquele que vivencia o contexto do trabalho e produz novas expressões de conhecimento para a configuração de capacidades profissionais.

trajetória como um grande divisor de águas e no qual acredito como um potente dispositivo transformador de práticas em saúde.

Após a graduação continuei no campo da Saúde Coletiva através da Especialização em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde na ESP-RS e docente substituta, por um ano, na mesma instituição em que cursei a Graduação. Também me dediquei ao núcleo da atuação da fisioterapia durante algum tempo, o que considero de grande importância para o acúmulo vivencial de experiências. A Fisioterapia segue mobilizando o corpo e o desejo, embora não esteja fixa nas imagens ainda vigentes de exercício profissional.

O mestrado começou a ser um desejo a partir da experiência como docente e também com a intenção de aproximação com a pesquisa. Não o faria, porém, apenas por titulação; deveria ser em algum programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Em pesquisa na internet, verifiquei a abertura das inscrições para o primeiro ingresso no PPG em Saúde Coletiva na UFRGS. Com receio em fazer a primeira seleção, optei pela aproximação do curso por meio do PESC e, durante um ano, participei das atividades, para, em 2013/2, ingressar como aluna regular através da seleção.

Minha dedicação ao mestrado foi exclusiva durante o segundo semestre de 2013. No início de 2014, fui convidada a compor a equipe de Coordenação Nacional do Projeto Caminhos do Cuidado,³ na função de Coordenação Macrorregional para os Estados do Ceará, Piauí, Paraíba e Rio Grande do Norte. Junto com as atribuições formais que compunham essa coordenação havia o desafio de colaborar na implementação de uma Política Pública de Saúde que se estabelecesse desafiadora não só pela sua dimensão numérica e territorial, mas também, por ser direcionada a uma população “esquecida” de cuidados em saúde, no caso os usuários de crack, álcool e outras drogas.

Esse espaço de macrorregional me proporcionava transitar por diferentes lugares no Projeto; todos eles, no entanto, estavam intimamente ligados a questões da ordem da política e gestão. Comecei a ver na pesquisa do mestrado a possibilidade de materialização do trabalho desses anos de projeto, sob a ótica dos tutores. Frente

³ O Projeto Caminhos do Cuidado configura-se como uma importante iniciativa do Ministério da Saúde no sentido de aproximar a Saúde Mental da Atenção Básica e, também, como um marcador de uma Política de Saúde voltada ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, tendo como ética de cuidado a liberdade e a autonomia, princípios seguidos pela Reforma Psiquiátrica e Estratégia de Redução de Danos.

aos desafios e experiências vividas no espaço de coordenação macrorregional, nos espaços coletivos com os demais integrantes do Projeto e nas andanças que fiz, surgiu a intenção dessa pesquisa que começa a ser construída a partir de maio de 2014, quando passei a ser orientada pelo Prof. Alcindo.

Naquele momento, fez-se uma síntese entre o percurso de formação profissional, o exercício profissional e a pesquisa desejada como dispositivo de desenvolvimento do trabalho em uma conexão que pulsava no meu corpo desde a graduação: a atenção básica, mas não como espaço de trabalho prescrito por protocolos e rotinas, e, sim, como potência de um cuidado renovado, qualificado, capaz de injetar padrões ampliados de integralidade no cotidiano da vida. A conexão entre a atenção básica e a saúde mental, construída por um dispositivo educativo, mobilizou ainda mais o desejo e foi tomando conta do corpo. Esse foi o caminho escolhido e trilhado para a formação em pesquisa no campo da saúde coletiva.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos. No primeiro, nomeado “Conhecendo o percurso”, apresento ao leitor os principais temas que serão tratados nesta pesquisa, bem como suas motivações e objetivos. As conexões entre saúde mental e atenção básica, ou os caminhos de conexão entre ambas, são apresentados nesse capítulo, constituindo também um aspecto de relevância na tematização da questão.

No segundo capítulo, com título “A Caminhada a partir das leituras que fiz”, busco contextualizar historicamente o leitor acerca das políticas públicas sobre drogas no Brasil e suas influências desde o início do século XX até a implementação do Projeto Caminhos do Cuidado. Também é apresentada, neste capítulo, toda a estrutura necessária para a viabilização do Caminhos do Cuidado.

O terceiro capítulo trata da necessária aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica, ambas abordadas enquanto elementos para a discussão a partir da Política Nacional de Atenção Básica e os dados da avaliação externa do primeiro e do segundo ciclos do PMAQ-AB.

O quarto capítulo apresenta o percurso metodológico percorrido para a realização dessa pesquisa, caracterizando o estudo realizado, a coleta e análise dos dados, assim como as considerações éticas necessárias à realização deste estudo.

O quinto e último capítulo, intitulado “O que encontrei pelo caminho”, apresenta e discute os dados da pesquisa a partir da categorização temática realizada. Este

capítulo foi, didaticamente, subdividido de acordo com as categorias empíricas da pesquisa.

Nas considerações finais, faço uma reflexão sobre o processo de escrita dessa dissertação e de como ela foi tomando meu corpo e minha vida nos últimos meses. Com base em todas as questões discutidas durante a dissertação, faço neste capítulo a costura de todas as ideias e evidências apresentadas.

1 CONHECENDO O PERCURSO

Na história do sistema de saúde, um longo caminho foi percorrido para que o cuidado às pessoas que usam drogas fosse incorporado aos serviços de saúde e, em especial, na principal porta de entrada do sistema, que são as unidades de atenção básica.

Durante muito tempo, no Brasil, a questão do uso problemático de drogas, lícitas e ilícitas, ficou sob responsabilidade de setores da Justiça, sem estabelecer qualquer ação intersetorial com a saúde. As ações voltadas à população usuária dessas drogas estavam focadas na internação compulsória, proibição do uso e abstinência. Todas essas iniciativas somaram-se ao discurso médico vigente consolidando uma política proibicionista, que tinha como objetivo a preservação da saúde pública do país, esta entendida por meio de ações higienistas e de saneamento urbano⁴. (PETUCO, 2011)

No Brasil nos anos de 1990, muitos problemas de saúde já podiam ser associados ao uso problemático de álcool e outras drogas com base no discurso médico, como alto índice de AIDS em usuários de drogas injetáveis e ocupação de leitos psiquiátricos por usuários de álcool. (MESQUITA, 1991; MORAES, 2008) Foi através de indicadores epidemiológicos da época e a recente reestruturação do sistema público de saúde - que passa a ser único, e cujos princípios buscavam garantir a integralidade, universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde- que a problemática de uso de álcool e outras drogas começa a ser incorporada ao sistema de saúde. O movimento do setor da saúde para a atenção aos cidadãos em uso dessas substâncias inicia no princípio dos anos 1990 com a adoção de uma abordagem voltada para a Redução de Danos, como no conjunto de ações de prevenção à AIDS, e, posteriormente, em 2003, com a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

⁴Segundo Foucault (1979), a medicina do século XVIII funcionava como instrumento de controle social e higiene dos espaços urbanos, numa articulação do discurso da ciência do Estado civil, da urbanização e da medicina emergente. As necessidades de higiene exigiam uma intervenção médica autoritária para combater as doenças e sanear as cidades de todo o mal. Essa necessidade se tornava importante, pois se tratava de um lugar de mercado e o seu desenvolvimento levaria à correção das desordens econômicas e sociais emergentes no início da modernidade.

A Redução de Danos é incorporada nessa Política como um dos eixos principais no sentido de garantir a autonomia e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. A abordagem se opõe à da abstinência, o que não quer dizer que essa não possa ser um objetivo a ser alcançado, desde que seja um desejo do usuário. Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si (PASSOS; SOUZA, 2011).

A Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas marca um novo olhar sobre o usuário, alicerçada na Lei Federal nº 10.216, de 2001. Conhecida como lei antimanicomial⁵, propõe a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários. Essa rede de assistência deve ser composta de dispositivos extra-hospitalares articulados com a rede de atenção em saúde mental, assim como demais redes de saúde, sendo que os dispositivos devem estar ligados à perspectiva da redução de danos e integrados ao meio cultural e comunitário em que vivem.

Alves e Lima (2013) entendem como rede de atenção psicossocial a oferta de serviços de saúde articulados entre si e capazes de promover o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Compõem a rede as unidades básicas de saúde (UBS), serviços especializados, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais gerais, além de dispositivos de convívio e reinserção social. Os CAPS são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando falamos em álcool, crack e outras drogas, temos como referência o CAPS-AD, destinado aos usuários de álcool e outras drogas.

Situada no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial tem como proposta compreender, ao mesmo tempo, a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos

⁵A luta antimanicomial é o movimento de resgate da cidadania das pessoas com sofrimento mental, que buscou a substituição do tratamento centrado no enclausuramento nos manicômios por alternativas extra-hospitalares. A obra de Paulo Amarante (1998) intitulada *Loucos pela vida-a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* nos revela o caminho percorrido pelo movimento de luta antimanicomial até a aprovação da Lei 10.216, de 2002.

sujeitos e intervém na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a desconstrução da ideia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior e considerando os modos de andar a vida das pessoas. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas, baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Nessa perspectiva, afasta-se do modelo da medicina biocientífica e da relação do discurso biomédico com o Estado, tal qual foi construído a partir do final da idade média, conforme nos aponta Foucault (1979). Essa abordagem traz desafios de inovação no trabalho cotidiano, na medida em que as práticas vigentes no interior dos serviços de saúde ainda são marcadamente biomédicas.

Durante muitos anos vivemos a dicotomia entre a segurança pública e a saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Com o passar do tempo a saúde foi ganhando espaço e com isso um novo desafio: ofertar atenção integral a estes usuários. Não se trata de um movimento linear, e, sim, um movimento de idas e vindas, com grande disparidade de alternativas no território nacional. No escopo das políticas oficiais, predomina a abordagem de uma atenção que dê conta das necessidades de saúde, mas, acima disso, resgate da cidadania e a dignidade dessas pessoas. Refiro-me à atenção integral que possibilite ao usuário “circular” por essa rede de serviços de saúde, ter o aporte às suas necessidades familiares e sociais e que, principalmente, se sinta acolhido, respeitado e cuidado. Nos discursos das políticas, a principal ênfase conceitual dá conta da saúde como direito, mas essa não é a abordagem predominante nas práticas.

Mudar o modelo assistencial vigente - biomédico⁶- requer a ampliação do fazer cotidiano em saúde. Pensar a problemática do uso de álcool e outras drogas como uma doença e que esta deve ser curada parece um grande engano. Sabemos que o uso/abuso dessas substâncias passa do campo biológico para o social, psicológico e cultural. A integralidade também está associada à possibilidade de ultrapassarmos unicamente as questões relacionadas ao biológico. Para isso, é necessária a adoção

⁶Segundo Jairnilson Paim (2012), o modelo biomédico hegemônico está centrado no individualismo, sendo a doença e a sua cura o objetivo primordial. Utiliza-se da saúde/doença como mercadoria, estimulando o consumismo médico e a medicalização dos problemas.

de outros dispositivos no cotidiano do trabalho. As abordagens da micropolítica do cuidado, que dão destaque ao plano das relações entre os sujeitos, permitem um deslocamento das ações no cotidiano do cuidado, das identidades nosológicas para algo da singularidade das pessoas e das relações que se estabelecem entre elas no plano da atenção à saúde. Não é apenas o “defeito” que precisa ser “tratado”, mas também o indivíduo e seus modos de andar a vida que compõem a base de um plano terapêutico singular para organizar o cuidado integral.

Para Merhy (2007), um dos teóricos que conceituou e desenvolveu a concepção da micropolítica do cuidado, a organização dos serviços de saúde tende a operar na lógica das tecnologias “duras” (inscritas em máquinas e equipamentos) e “leve-duras” (conhecimento técnico estruturado), em detrimento das tecnologias “leves” (as tecnologias das relações) para o cuidado em saúde.

Tecnologias “leves” são aqueles dispositivos que são capazes de mudar as ofertas de cuidado a partir da relação entre o usuário e o profissional de saúde, não centradas no saber científico já constituído e/ou em equipamentos tecnológicos. Esses dispositivos têm no usuário o centro da atenção e adota o vínculo, a escuta, o acolhimento e o cuidado como chaves para a obtenção do sucesso terapêutico. O sucesso no uso dessas tecnologias vai possibilitar a corresponsabilização do usuário pela sua demanda de saúde e é através desta que se pode desenvolver, conjuntamente, as linhas de cuidado a serem adotadas para esse usuário. Mais do que uma natureza específica de tecnologias que operam no cuidado, a combinação de tecnologias de diferentes naturezas para o cuidado de cada situação deve ser feita com base nas tecnologias leves (MERHY, 2007). Ou seja, o plano da análise micropolítica do cuidado em saúde inclui reconhecer essa natureza de tecnologias e também operar o cuidado com base nelas.

Para Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2013), as linhas do cuidado seriam formas de expressar os fluxos assistenciais aos usuários no sentido de atender suas demandas em saúde. Assim, a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidade sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência e a outros participantes das redes, que não necessariamente do setor da saúde. Para a linha de cuidado operam diferentes ofertas assistenciais e uma rede de serviços, geridos com

base nas necessidades dos usuários e um plano micropolítico mobilizado pelo compromisso ético do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua característica principal de atendimento a uma população adscrita em um determinado território, tem no uso das tecnologias leves o grande dispositivo de vinculação dos usuários e a grande possibilidade de estabelecer, por meio do acolhimento, autonomia e corresponsabilização, um cuidado mais integral. Essa abordagem pode incluir – deve incluir pelo conteúdo das atuais políticas⁷ – o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido a equipe da Estratégia Saúde da Família tem um grande potencial de contribuição na formulação de planos de cuidado no campo da saúde mental.

Pelas leituras realizadas, percebeu-se, ainda, uma dicotomia entre as ações em saúde mental: de um lado, as desordens psíquicas e, de outro, uso de álcool e outras drogas. Essa separação também está presente nas práticas em saúde, estando mais evidentes práticas voltadas ao atendimento do sofrimento mental do que ao usuário de álcool e outras drogas (RAMMINGER, 2014). As equipes de saúde da família não se sentem capacitadas a cuidar dessas pessoas, deixando para outros setores da sociedade ou para a atenção especializada essa responsabilidade. Para Moraes (2008), a ampliação da rede de serviços não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários, talvez seja necessário: envolver/formar profissionais habilitados e sensíveis, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão; formular políticas públicas mais amplas e intersetoriais; envolver a sociedade na reflexão sobre o uso de drogas de uma forma menos moralista e mais ética e por fim, compreender e implementar os princípios da redução de danos.

⁷De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), esse nível deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Não contamos com uma Portaria que regulamente a Política Nacional de Saúde Mental, as diretrizes seguem Portarias específicas como exemplo, há a Portaria 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No sentido de aproximar a atenção básica da saúde mental o Governo Federal tem incentivado algumas ações junto às equipes de saúde da família. A qualificação profissional para atendimento das demandas de saúde mental tem sido foco de algumas dessas estratégias. Tomaremos como base deste estudo o Caminhos do Cuidado, que tem na formação de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem seu objeto de intervenção. O Projeto visa à formação na temática do álcool, crack e outras drogas para o reconhecimento, atuação e intervenção desses profissionais junto à equipe de Saúde da Família, tendo a Reforma Psiquiátrica e a estratégia de redução de danos como eixos principais. A questão do álcool e demais drogas opera como um marcador da articulação entre as duas políticas. (BRASIL, 2013a)

O Caminhos do Cuidado teve como meta a formação da totalidade de agentes comunitários de saúde, além de um técnico ou auxiliar em enfermagem das equipes de saúde da família do país. Para o alcance dessa audaciosa meta, foi necessária a articulação de diversos atores que compõem direta ou indiretamente o Projeto. O que está posto em tensão é o modo de fazer o cuidado e a articulação entre as proposições das duas políticas, saúde mental e atenção básica, nos serviços de saúde do país inteiro.

De acordo com Rodrigues (2014), o Projeto começou a ser viabilizado no final de 2012, com a parceria entre o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), a área técnica de saúde mental, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) /FIOCRUZ. Na primeira quinzena de março de 2013 foi realizada a primeira oficina de trabalho em Brasília, na qual foi consolidada a participação de mais um parceiro para a elaboração do Projeto. Pela credibilidade e já parceria na execução de outros projetos, a Rede Governo Colaborativo em Saúde (Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS) ingressou como mais um membro.

Um novo encontro em 2013 definiu as equipes que comporiam o Projeto e que a gestão financeira ficaria a cargo da FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde) /FIOCRUZ. A sede do Projeto seria nas dependências da Rede Governo, estando a equipe Nacional sob a gestão da Escola GHC e a infraestrutura e logística com sede no ICICT/FIOCRUZ no Rio de Janeiro.

Outro marco importante para a consolidação do Projeto foi a aproximação com as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), que foram as Instituições responsáveis pela articulação do Projeto em cada Estado.

Naquele momento iniciava-se uma nova fase do Projeto: através das coordenações macrorregionais as formações deveriam chegar aos Estados. Também era necessário estruturar as Equipes Estaduais e organizar os Termos de Referência que fariam a seleção dos orientadores e tutores para aquele território. A partir do final de 2013 começaram as articulações Estaduais para viabilização do Projeto em cada Estado. O ingresso se deu de forma gradual, e em abril de 2014, com tutores e orientadores formados em todos os Estados do país.

As formações de Tutores ocorreram de forma regionalizada nos Estados. Para cada regional de saúde conta-se com um número específico de tutores formados, que, geralmente, são trabalhadores da rede de atenção básica ou saúde mental. Esses profissionais são responsáveis pelas formações dos agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem em seu território de atuação, além de serem um grande potencializador de discussões a respeito dessa temática em seu ambiente de trabalho, por estarem totalmente imersos no território.

Este trabalho oportunizou a discussão acerca da participação dos tutores no Projeto e a contribuição da sua formação em saúde mental, para sua vida profissional. Por meio dessa discussão, analisamos as mudanças potencialmente possíveis de ocorrer nas equipes de saúde mental e de atenção básica, a partir do processo de trabalho do tutor, como resultado de novas aprendizagens. Conforme os dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), caracterizamos o estado da arte da Saúde Mental na Atenção Básica através dos dois ciclos de avaliação do PMAQ-AB. O produto deste estudo contribuirá para a avaliação final do Projeto Caminhos do Cuidado, podendo este se tornar mais uma ferramenta de avaliação do Projeto.

O PMAQ-AB foi lançado pelo Governo Federal, em 2011, com o objetivo de ampliar a assistência à saúde do país, vinculando recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade das equipes de atenção básica. Trata-se de uma iniciativa que permite uma análise de todo o território nacional acerca dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012). As interfaces entre a atenção básica e a saúde mental estão contempladas no

levantamento, o que permite a compreensão dos avanços e lacunas vivenciados nessa aproximação.

Durante o período da pesquisa do mestrado, ocupei a coordenação macrorregional do projeto Caminhos do Cuidado que era referência para os Estados do Piauí, Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte. Essa coordenação tem como atribuição a articulação e viabilização das formações de tutores e agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem no seu território de acompanhamento. Foi a partir das inquietações vividas neste espaço de coordenação que surge a intenção de estudo do Projeto Caminhos do Cuidado.

Pelo meu intenso envolvimento no Projeto, posso afirmar que sua motivação também se dá, de um lado, pela necessidade pessoal de constatar mais sistematicamente o resultado do trabalho no cotidiano do cuidado. Afinal, uma profissional do cuidado ao se envolver com um processo dessa magnitude, o faz em busca de avanços na direção do compromisso ético com a saúde. De outro, houve uma curiosidade relativa à compreensão da trajetória da política, a partir da aprendizagem teórica acerca da implementação de políticas, que chama a atenção para os movimentos de diferentes atores e diferentes direcionalidades que pode tomar o período pós-formulação de uma política.

Apreendi que não basta a ideia de justiça e de necessidade para que uma política seja tornada real e efetiva no cotidiano. Outros movimentos e interesses também definem o rumo da implementação. Telma Menicucci (2006) chama a atenção para o fato de que, no estudo do ciclo de uma política, a fase de implementação pode gerar percursos e conteúdos diversos do que foi formulado⁸. No caso da saúde mental, os conflitos de entendimento e de abordagens já é uma marca importante do cuidado⁹.

⁸Segundo Telma Menicucci (2006), o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação. A implantação de uma política exige decisão, iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la, entre os quais suporte político organizado e recursos financeiros. Abordagens mais contemporâneas na análise de políticas têm reconhecido a importância de monitorar e avaliar a implementação. Especificamente em relação ao Caminhos do Cuidado, essa aproximação teórica alerta para o efeito da ação educativa, mas também leva a pensar em eventuais efeitos no trabalho dos sujeitos envolvidos na formação. Essa segunda abordagem não será realizada nesta produção.

⁹Um dos grandes conflitos no cuidado em saúde mental são as abordagens feitas pelas Comunidades Terapêuticas, que em muitos casos reproduzem a lógica manicomial da exclusão. Sequestram o usuário do convívio social impondo regras de conduta e trabalho,

Pretendendo, portanto, compreender, numa análise dessa etapa da implementação do Projeto, as tendências para a implementação da política para usuários de álcool e outras drogas, que, no escopo formal, prevê a inserção da saúde mental nas ações da atenção básica.

além de se utilizar da abstinência como objetivo terapêutico exclusivo. De acordo com Fossi (2013), as Comunidades Terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes de caráter confessional, em que a religião é imposta independente das convicções religiosas do sujeito. Possuem programa específico de tratamento com regras rígidas e atividades obrigatórias. As Comunidades Terapêuticas passam a fazer parte da rede de saúde do Brasil a partir do Decreto Lei 7179/10 (BRASIL, 2010), que prevê convênio ao SUS recebendo verba pública para seu funcionamento.

2 A CAMINHADA A PARTIR DAS LEITURAS QUE FIZ

2.1 O que dizem as leis...

Quanto ao uso de drogas podemos dizer que esta é uma prática milenar e universal. Está presente em todas as sociedades, variando seus modos de uso, objetivos e alcance. Portanto o uso de drogas data de tempos remotos e envolve questões religiosas, econômicas, culturais, políticas e sociais.

Segundo os estudos de Ogata e Ribeiro (2010), o crack surgiu entre 1984 e 1985 nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami, obtido por meio de um processo caseiro e utilizado em grupos, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (*crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam quando expostos ao fogo, característica que lhe deu o nome. A utilização dessa substância produz uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de imensa fissura e desejo de repetir a dose. No Brasil, as primeiras apreensões de crack datam dos anos 1990, aumentando em 166 vezes no período de 1993 a 1997 (OGATA; RIBEIRO, 2010).

O consumo de crack teve sua expansão devido, principalmente, aos preços reduzidos em relação à cocaína, à busca por efeitos mais intensos e, também pelo receio de contaminação pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Segundo estudos de Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) e Oliveira e Nappo (2008), os consumidores de crack costumam ser jovens, desempregados, com baixa renda e escolaridade, provenientes de famílias em vulnerabilidade, com antecedentes de uso de drogas e comportamento sexual de risco.

O que vemos em relação ao uso de álcool e outras drogas são práticas proibicionistas, inspiradas na exclusão dos usuários do convívio social. Associa-se a essa prática a tentativa de redução da oferta e da demanda de drogas com intervenções de repressão ao tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas e desconsidera-se as implicações psicológicas, sociais, econômicas e culturais que estão envolvidas no problema.

Segundo Alves (2009), o proibicionismo encontra-se atrelado a dois modelos explicativos para a questão do consumo de drogas: o modelo moral/criminal e o modelo de doença. Para o primeiro, o consumo de drogas configura uma prática

delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos enquanto o segundo confere ao consumo de drogas o caráter patológico, que deve ser abordado com tratamento e reabilitação.

As primeiras intervenções do Estado brasileiro de repressão às drogas datam do início do século XX. Na década de 1920, a legislação penal propunha a internação compulsória em estabelecimento correccional. Na década de 1930 foi promulgada a Lei da Fiscalização de Entorpecentes, Decreto-Lei nº 891/1938 (BRASIL, 1938) que expressava claramente o posicionamento proibicionista do país em relação às drogas. O conteúdo deste decreto foi posteriormente incorporado ao Código Penal de 1940. Entre 1961 e 1971 foram realizadas as Convenções-Irmãs da ONU, que estabeleceram o sistema internacional de combate às drogas, reafirmando o proibicionismo como política a ser seguida por todas as nações.

No que se refere às intervenções em saúde no Brasil, a Lei nº 5.726/1971 (BRASIL, 1971) se refere ao tratamento para aqueles usuários ditos infratores, “como medida de recuperação aos infratores viciados”, prevista em determinação judicial. A Lei nº 6.368/1976 (BRASIL, 1976) amplia a assistência à saúde, não apenas para “viciados infratores”, mas agora também para “dependentes de substâncias entorpecentes”. Detalha ainda que “*o tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem*” (art.10). A lei previa o tratamento extra-hospitalar em locais públicos ou privados quando não havia necessidade de internação, devido ao contexto social e político da época, porém sabemos que a internação hospitalar era o único recurso disponibilizado na época.

Para Passos e Souza (2011), as leis antidrogas tornam a abstinência um eixo articulador entre justiça, psiquiatria e moral religiosa, visto que essa se torna a única forma de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas. Para a justiça e o saber médico o usuário deve ser submetido ao poder disciplinar rigoroso que opera por meio da normalização das condutas desviantes, no caso, a prisão e o manicômio. O confinamento não se dá apenas nas prisões e hospícios, mas dentro de comunidades terapêuticas fortemente submetidas a regras disciplinares de acordo com a moral religiosa, que associa o prazer ao mal, ao pecado da carne.

O modo como surge o hospital, no final do século XVIII, e as práticas estabelecidas naquele período ainda possuem reflexo nos dias atuais. Segundo

Foucault (1979), o hospital tem origem como instituição de assistência aos pobres, sendo pessoas religiosas as responsáveis por assegurar a cura, a salvação e o auxílio alimentar. Com a expansão do mercantilismo e criação de hospitais militares e marítimos esse lugar passa a ter outra configuração. A manutenção da vida dos soldados tinha como objetivo o seu desempenho na guerra, o que ocasionaria a expansão econômica, ou não. Dessa forma, o hospital e o saber médico vão tomando seu caráter disciplinador, esquadrinhador que leva em consideração o corpo como uma máquina.

Segundo Machado e Boarini (2013) até a década de 1980 o uso de drogas ilícitas não era considerado um problema de saúde pública, ou de responsabilidade estatal, tampouco o consumo de álcool era visto como droga lícita. Essa lacuna na saúde pública em relação à assistência aos usuários de drogas favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas, modalidade de atendimento de cunho religioso e não governamental que se estende até os dias atuais e que novamente reforçou a manutenção do cuidado com o usuário de drogas fora do setor público de saúde.

De acordo com Machado (2006), foi a Lei nº 6368, de 1976 (BRASIL, 1976), que estabeleceu as bases legais para a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito do Ministério da Justiça. Em 1980, o Decreto nº 85.110, de 02 de setembro (BRASIL, 1980), instituiu esse sistema, que teve como órgão central o CONFEN e era composto de representantes de vários Ministérios, inclusive o da Saúde. Entre as práticas apoiadas pelo CONFEN, estão: as experiências dos centros de referências de tratamento e prevenção, os projetos de redução de danos e as comunidades terapêuticas. O CONFEN surgiu no fim do período militar e foi extinto em 1998, quando foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A participação do Ministério da Saúde efetua-se pela sua representação no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que se mostrou importante para a construção da política de drogas no país.

No ano de 2006, a Lei 6.368 é revogada pela Lei nº 11.343. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas, além de normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas. Em

janeiro de 2011 a SENAD, passa a ser chamada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Paralelamente a todas essas discussões, dois grandes movimentos teórico e político fizeram história na saúde do Brasil: o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento da Luta Antimanicomial, que culminaram com a lei orgânica do SUS (lei 8.080, de 1990) (BRASIL, 1990) e a lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 (BRASIL, 2001).

Conforme Pitta (2011), a Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações.

Os anos de 1980 e 1990 foram o marco para discussão da reforma psiquiátrica no país e o desafio estava, e ainda está, posto. É preciso retirar dos muros dos manicômios pessoas em sofrimento mental, seja ele por doenças psíquicas ou dependência química, reinseri-las à sociedade, à família e recuperar a sua cidadania, sendo que, por muito tempo, foram segregadas do convívio humano, por julgamentos morais da sociedade.

Os pressupostos da saúde compreendida como direito social a ser garantido pelo Estado e da construção de um sistema público de saúde capaz de prestar atenção integral, equânime e universal, sem qualquer discriminação, criaram as condições legais para que a oferta de atenção à saúde fosse proporcionada a todo cidadão brasileiro, inclusive aos usuários de álcool e outras drogas.

Os anos 2000 representaram uma época de grandes avanços na legislação sobre drogas, mesmo dotada, ainda, de caráter proibicionista. A saúde se torna cada vez mais relevante. De acordo com Alves (2009), uma importante mudança refere-se à distinção feita entre as atividades antidrogas e aquelas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, conferindo maior destaque a estas últimas.

Com a formulação, em 2003, da Política, do Ministério da Saúde, para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, afirma-se a responsabilidade

do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas.

Assim, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços sociais e de saúde, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, considerando sempre que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos - devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde – extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, possibilitando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas situa-se no contexto da reforma psiquiátrica, tendo a atenção psicossocial como proposta, bem como a compreensão da determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera, também, os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervém na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multiprofissional. Para tanto algumas exigências são impostas: desospitalização, desmedicalização, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações, trânsito livre nas unidades de saúde e atendimento integral e territorializado.

Em 2005, é implantada a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005) em substituição à Política Nacional Antidrogas¹⁰, que continha, em sua denominação, o caráter proibicionista ao uso de drogas propagado até então na sociedade brasileira. A Política Nacional sobre Drogas reitera a estratégia de redução de danos como princípio e resgata ao usuário o direito à universalidade do acesso à assistência e descentralização do atendimento. Reafirma, na mesma perspectiva, a responsabilidade do Estado na manutenção, prevenção e recuperação da saúde da

¹⁰ BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

população, garantida no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e reafirmada na lei orgânica do SUS.

No sentido de unir esforços no enfrentamento do alto consumo de crack no país, o Governo Federal, por meio do Decreto nº 7.179, de 2010, instituiu o Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Este tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Como parte do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi idealizado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), um estudo que pudesse delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no país, trabalho que foi realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e coordenado pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni da FIOCRUZ, e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) (BRASIL, 2013b).

Cerca de 500 profissionais, entre pesquisadores, assistentes sociais e psicólogos, foram a locais usados para consumo da droga. As equipes identificaram usuários que foram entrevistados entre novembro de 2011 e junho de 2013. Ao todo, 7.381 usuários de crack em 112 municípios de portes variados (incluindo todas as capitais brasileiras) foram entrevistados.

Podemos destacar alguns resultados que podem contribuir com as discussões às quais este trabalho se propõe. Constatou-se que, majoritariamente, os usuários são adultos jovens, com idade média de 30 anos, sendo 78,7% do sexo masculino, predominando usuários que se declaram “não brancos” em 80% dos entrevistados. Quanto ao estado civil, 60,6% dos usuários declararam ser solteiros. Em relação à escolaridade, observa-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o Ensino Médio e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior, enquanto que 55% deles frequentaram da 4ª a 8ª série do ensino fundamental.

No Brasil, 40% dos usuários se encontram em situação de rua. A obtenção de renda para consumo de drogas é feita através de trabalhos esporádicos ou autônomos em 65% dos casos, sexo em troca de dinheiro/drogas em 7,5%, tráfico de drogas 6,4%

e roubos e furtos 9%. Esse dado da pesquisa nos revela a contradição entre a realidade e o discurso produzido pela mídia, que comumente vincula o usuário de drogas à imagem de um sujeito perigoso, capaz de cometer delitos e atos violentos em nome do seu vício. Os usuários de crack/similares associam ao uso com o tabaco em 92,1% dos casos, com o álcool em 83,8% e com a maconha em 76,1%.

Nas capitais, o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de 91 meses (aproximadamente 8 anos), enquanto que, nos demais municípios, foi de, aproximadamente, 59 meses (5 anos), sugerindo que o uso da droga vem se interiorizando mais recentemente. Este achado, relativo ao tempo médio de uso, contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack/similares teriam sobrevida necessariamente inferior a 3 anos de consumo.

Mais da metade dos usuários de crack/similares no Brasil têm padrão de uso diário, sendo que mais de 70% dos usuários disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o uso do crack/similares. Dentre os usuários de crack/similares, 28,3% relataram usar a droga em copo plástico (com tampa de alumínio); 51,8% em lata (cerveja/refrigerante) e 74,9% em cachimbos. A estratégia de redução de danos se faz de suma importância analisando esses achados, pois esta irá minimizar os danos e efeitos causados por esse compartilhamento e uso indevido dos apetrechos, como contaminações por doenças infecciosas e metais pesados, queimaduras e lesões nos lábios. A prevalência de hepatite C encontrada na amostra de usuários residentes nas capitais – 2,9% maior do que na população geral das capitais do país (1,38%, segundo o *Boletim Epidemiológico* do Ministério da Saúde de 2011).

Apesar da evidente exposição ao risco, mais da metade dos entrevistados (53,9%) afirmaram nunca ter realizado teste para HIV. Comparados com a população brasileira, os usuários de crack/similares, entrevistados nesta pesquisa, apresentaram prevalência de HIV cerca de 8 vezes maior do que a da população geral.

O acesso aos serviços, nos últimos 30 dias antes da pesquisa, ocorria de acordo com a seguinte distribuição: Posto/centros de saúde/ambulatórios/UPAS (20,2%); serviço que fornece alimentação gratuita (17,5%); acolhimento institucional ou serviços da rede pública de assistência social (12,6%); emergência (11,6%); hospital (internação) (8,6%); programas para conseguir trabalho, emprego e renda (8%); previdência social (3,6%) e programa de redução de danos (1,8%). Parece-nos evidente que os usuários de crack/similares têm procurado os serviços de saúde para

atendimento de suas demandas, justificado pelos 42,2% de procura a unidades ambulatoriais, hospitais, internações e redução de danos.

Frente a todas as constatações da pesquisa, e as novas resoluções para as políticas de saúde mental, a nós torna-se imprescindível a necessidade de estratégias que articulem a saúde mental com ações intersetoriais e a rede de atenção à saúde, que inclui a atenção básica, centros especializados, assistência hospitalar e atenção psicossocial. Conforme evidenciado na pesquisa, os usuários de crack e/ou similares costumam procurar o setor da saúde para atendimento de suas demandas - cabe a este setor a qualificação profissional para atendimento dessas pessoas.

2.2 Um outro jeito de caminhar

Em 20 de maio de 2010, a Presidência da República publicou o Decreto nº 7.179, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O Plano tem como objetivos a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários, assim como o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Em dezembro de 2011, em continuidade às ações do Governo Federal, foi lançado o Programa *Crack, É Possível Vencer*, com medidas de integração de ações em três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

O Projeto Caminhos do Cuidado se insere no eixo “Cuidado”, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e coordenação da Casa Civil. Neste mesmo eixo encontramos outras iniciativas para enfrentamento do crack e outras drogas, como: consultório na rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); residência médica e multiprofissional em saúde mental; fortalecimento da rede de atenção psicossocial e cursos de capacitação/atualização em saúde mental, crack e outras drogas.

O Projeto Caminhos do Cuidado é fundamentado na Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos em Enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Visa à formação em saúde mental com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, buscando ampliar as práticas de cuidado, acolhimento e escuta.

Teve como meta principal a formação de todos os ACS do país e um técnico ou auxiliar em Enfermagem (ATENf) da ESF, totalizando 290.760 trabalhadores de

saúde. O projeto encerrou suas turmas em agosto de 2015, com a formação de 292.218 trabalhadores de saúde. Buscou, com isso, a apropriação, por parte dos ACS e ATEnf, do processo da reforma psiquiátrica e política de saúde mental com ênfase na produção do cuidado, reintegração social e da cidadania das pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas. Além de construir e discutir o papel desses atores na atenção básica para o cuidado em saúde mental, conforme especificidade de cada território, qualificando o olhar, a escuta e a atuação na rede de saúde.

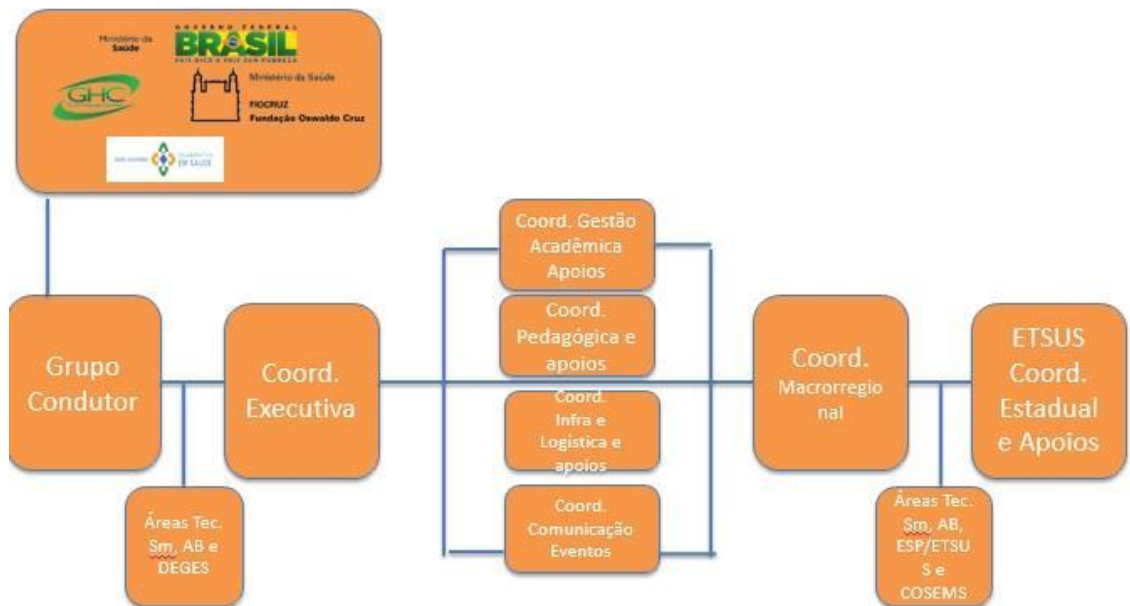
A execução desse projeto pressupôs a articulação entre as instituições do SUS, em especial a parceria entre estados e municípios. As Escolas Técnicas do SUS e Escolas de Saúde Pública foram as instituições responsáveis pela coordenação do projeto em cada um dos estados da federação e pela articulação com os demais atores e instituições em cada estado, em especial às áreas de Saúde Mental e Atenção Básica, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Secretarias Municipais de Saúde.

É de responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com as áreas de atenção básica e saúde mental do Ministério da Saúde. A execução ocorreu através do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da FIOCRUZ, do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC – Grupo Hospitalar Conceição - e da Rede Governo Colaborativo em Saúde (Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS).

2.3 Como tudo se organiza

O projeto está estruturado de acordo com o seguinte desenho organizacional e subdividido conforme as seguintes coordenações:

Figura 1 - Desenho Organizacional do Projeto Caminhos do Cuidado



Fonte: Ministério da Saúde: Projeto Caminhos do Cuidado, (BRASIL, 2013a)

- Grupo Condutor

O Grupo condutor foi responsável pela condução política do projeto Caminhos do Cuidado. Foi formado por representantes do DEGES, área de saúde mental e Departamento de Atenção Básica do MS, Escola GHC, ICICT/FIOCRUZ e UFRGS – Rede Governo. Tinha previsão de encontros ordinários mensais e reuniões extraordinárias quando demandado por qualquer um dos seus membros.

- Equipe Nacional do Projeto

A equipe nacional do projeto – apresentada a seguir - era composta pela Coordenação Executiva, Gestão Acadêmica, Equipe Pedagógica, Infraestrutura e Logística; Comunicação e Eventos e Macrorregionais que serão apresentados a seguir:

- Coordenação Executiva

Tinha como função garantir as condições necessárias para execução do projeto conforme definido pelo Grupo Condutor e coordenar as demais equipes envolvidas no projeto.

- Gestão Acadêmica

Tinha como função desenvolver, monitorar e implementar o sistema de gestão acadêmica. O SAGU, sistema utilizado pelo GHC, foi o sistema repositório de informações de todas as turmas e sistema central do projeto Caminhos do Cuidado, pois ele continha todas as informações referentes à execução das turmas, por parte dos tutores e o histórico de frequências dos ACS e ATEnf que participaram da formação.

- Coordenação de Comunicação

Sua função era definir e operacionalizar a Política de Comunicação, através da elaboração e coordenação da implementação do plano de comunicação do projeto.

- Coordenação Pedagógica

A equipe pedagógica tinha a função de propor, desenvolver e acompanhar a estratégia pedagógica dos cursos de ACS, bem como coordenar o curso de tutores e orientadores de aprendizagem. A equipe pedagógica é composta por sua coordenação, apoios pedagógicos e educadores. Com o decorrer da formação soma-se a essa equipe orientadores e tutores.

- Coordenação de Infraestrutura e Logística

Tinha como função a operacionalização do projeto em cada um dos Estados, visando garantir a execução do projeto no cronograma estabelecido e dentro do orçamento disponível. Para que houvesse fluidez e agilidade nos processos

operacionais, um sistema de workflow foi desenvolvido junto ao sistema do GHC. Os principais fluxos desenvolvidos pelo workflow são: abertura de turmas, solicitação de ajudas de custo, pagamento de bolsas, entrega de materiais e contratação de serviços como alimentação e multimídia.

- Coordenação Macrorregional

Tinha como sua responsabilidade o planejamento, articulação, coordenação e monitoramento da execução da formação dos alunos na macrorregião do país sob sua responsabilidade. Acompanhando e avaliando os cronogramas de formação, além de promover a divulgação, a negociação e as pactuações necessárias com os atores nos territórios, para a realização das turmas. Essas articulações - em cada unidade federativa - tiveram a participação dos coordenadores estaduais e seus apoios.

- Coordenação Estadual

As equipes estaduais são indicadas pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) de cada Estado. As ETSUS são as instituições parceiras na coordenação e execução do projeto em cada estado, sendo de sua responsabilidade articular os demais atores relacionados com projeto, quais seja: áreas de saúde mental e atenção básica das secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde e COSEMS.

2.3 Formação de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem

O cronograma de implementação das formações para ACS e ATEnf foi definido pelo grupo condutor, composto por representantes do DEGES, área de Saúde Mental, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ICICT/FIOCRUZ, Escola GHC e Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS. É dividido em três etapas. Na primeira etapa, iniciada no final de julho de 2013, foi contemplado ao menos um Estado para cada região do país: Acre, Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo. A segunda etapa, iniciada em 27 de setembro de 2013, contemplou os Estados de Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Goiás, Mato Grosso

do Sul, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Tocantins. A terceira etapa iniciou em janeiro de 2014, nos Estados do Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima e Sergipe.

O Caminhos do Cuidado teve por objetivo contribuir para a formação dos ACS e ATEnf da Atenção Básica, de forma que eles atuem no acolhimento e qualifiquem seu olhar e escuta, embasando suas práticas de cuidado em saúde mental com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Para isso foram oferecidas estratégias que ampliarão sua caixa de ferramentas, a fim de que eles atuem na rede de atenção.

A formação teve duração de 60 horas, divididas em 40 horas presenciais e 20 horas de atividades de dispersão. As atividades presenciais eram realizadas, preferencialmente, ao longo de 5 semanas com encontros de 8 horas cada. A atividade de dispersão era intercalada entre os encontros e tinha o objetivo de aproximar a teoria da realidade cotidiana desses trabalhadores. A matriz curricular da formação estava dividida de acordo com os seguintes eixos:

- “Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental”;
- “A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnf’s na Atenção Básica”;
- 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”.

Para dar suporte a essa nova metodologia, todo material didático do Caminhos do Cuidado foi elaborado pelo núcleo pedagógico do projeto e validado por grupos de agentes comunitários de saúde, que opinaram e colaboraram.

Foram desenvolvidos os cadernos do tutor e do aluno e a cartilha do aluno (Guia de Saúde Mental para atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas). O material foi impresso e distribuído aos alunos e também está disponível no site do projeto (<http://www.caminhosdocuidado.org/formacao-de-alunos>), que disponibiliza ainda vídeos e textos de apoio, abordando temas relacionados à saúde mental, álcool, crack e outras drogas. Junto ao material didático eram fornecidas mochila, camiseta e caneta, personalizadas com a marca do “Caminhos do Cuidado”.

- Tutores

Conforme explicitado, o objetivo inicial do projeto era formar 290.760 trabalhadores de saúde, totalizando 7.269 turmas, sendo cada uma delas com 40 trabalhadores e contando com a presença de dois tutores em sala de aula. Em função do grande número de municípios de pequeno porte do Brasil, aconteceu em alguns momentos de ocorrerem formações de turmas com 20 trabalhadores e um tutor. Ao longo do período de formações, foram contabilizados 292.196 trabalhadores formados em 8.021 turmas.

Os tutores eram profissionais selecionados pelo projeto para atuar diretamente com os ACS e ATEnf. Como critério seletivo buscou-se profissionais de nível superior na área da saúde e experiência profissional mínima de um ano na Atenção Básica ou na Saúde Mental, ou, ainda, docência na área da Saúde na temática de Atenção Básica ou Saúde Mental da rede do Sistema Único de Saúde. Esse perfil, para efeitos de análise do resultado da formação, contemplaria profissionais com experiência e inserções prévias no trabalho, mas também com seguimento no trabalho de atenção e/ou de formação na saúde.

O tutor realizou formação com carga horária total de 120 horas, sendo 40h presenciais e com critério de seleção classificatória, e 80h em Educação a Distância (EAD), acompanhadas pelo orientador de aprendizagem.

A formação presencial do tutor se deu em oficinas de orientação de aprendizado, que aconteceu em sistema de imersão ao longo de cinco dias. Nesse ambiente, eles tiveram acesso ao conteúdo do curso e ao material didático e fizeram a leitura do Caderno do Tutor para que compreendessem o curso como um todo. Assistiram a vídeos e participaram de dinâmicas, vivências e debates, sempre acompanhados pela equipe pedagógica e orientadores. Ainda na oficina, os candidatos a tutores participaram de aula teórica e prática de Educação a Distância (EAD) e foram apresentados à plataforma Comunidade de Práticas, além de receberem tarefas para desenvolverem no Ensino a Distância. Ao final das oficinas, os candidatos à tutoria foram avaliados por um Conselho de Classe a partir da pontuação por sua participação, comprometimento e habilidade, foram avaliados, também, em uma atividade escrita.

Os tutores são os sujeitos do Projeto que têm contato diretamente com os agentes e técnicos. No estágio de implementação em que se realiza esse trabalho de avaliação, o monitoramento do percurso do Projeto tem, no tutor, um informante-chave, que pode auxiliar a compreender o rumo efetivamente seguido até esse momento. Conforme se afirmou anteriormente, a implementação de uma política pública (o Projeto também é marcador da política de articulação entre atenção básica e saúde mental, como já se registrou) pode assumir rumos distintos da formulação e, portanto, o monitoramento e a avaliação são fundamentais para acompanhar essa fase (MENICUCCI, 2006). No caso específico, o monitoramento também tem características de avaliação da opinião do tutor acerca da sua atuação como trabalhador do campo da saúde e da educação.

- Orientadores

Os orientadores de aprendizagem do Projeto Caminhos do Cuidado constituíram um conjunto de profissionais de nível superior com Pós-Graduação em áreas como Saúde Mental, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Atenção Básica, Educação ou Ciências Sociais. Além disto, foi considerado como pré-requisito a experiência profissional mínima de dois anos na área de Saúde Mental e/ou Atenção Básica em ensino, gestão ou serviço, e experiência em Educação a Distância (EAD). Eles participaram de processo seletivo e de oficina de Formação Pedagógica de Orientadores de Aprendizagem, na modalidade presencial, com carga horária de 24 horas e obrigatoriedade de 100% de frequência.

Tinham como responsabilidade o acompanhamento dos tutores no processo de formação dos ACS e ATEnf. Cada orientador tinha sob sua responsabilidade, em média, 16 tutores de seu Estado. Este acompanhamento acontecia por meio da Comunidade de Práticas, ambiente virtual que se propõe a ser esse espaço vivo, dinâmico, com efetivo valor de uso para o Sistema Único de Saúde (SUS). O ambiente virtual consiste em um conjunto de estratégias articuladas em torno de uma proposta principal: a oferta de uma plataforma virtual que possibilite a constituição de comunidades virtuais entre os tutores, orientadores de aprendizagem, apoios pedagógicos e educadores.

- Educadores

Os educadores tinham como responsabilidade realizar a formação, acompanhar e supervisionar as atividades dos orientadores de aprendizagem e dos tutores. Supervisionar o processo de aprendizagem em todas as suas instâncias, apontando fragilidades, definindo estratégias complementares e orientando para potencialização do método também constituíam atribuições dos educadores.

O Educador era um Profissional de Saúde e/ou da Educação que compõe o Núcleo Pedagógico do Projeto. Era um profissional com notório conhecimento no campo da atenção primária e/ou saúde mental, com experiências em docência, gestão e planejamento do ensino ou pesquisa.

Como podemos perceber, além do Projeto Caminhos do Cuidado ter tido uma meta de formação de trabalhadores bastante audaciosa ele ainda contou com uma estrutura bastante complexa, que foi responsável pela viabilização do mesmo em todo território nacional. A estrutura, representada no organograma pelas coordenações, estava sediada em diversos locais do País, o que se tornou, para a execução, mais um desafio. Em Brasília, encontrava-se sediado o Ministério da Saúde e os apoios do DEGES designados a acompanhar na interlocução entre a Coordenação Macrorregional e Equipes Estaduais. No Rio de Janeiro, na sede do ICICT/FIOCRUZ, ficava estabelecida a equipe responsável pela infraestrutura e logística e parte da coordenação executiva. Também nas dependências da FIOCRUZ se encontravam os educadores, pesquisadores desta instituição e membros da equipe pedagógica. Em Porto Alegre, foi a sede das coordenações executiva, pedagógica, acadêmica e macrorregionais.

A coordenação macrorregional, para além das atribuições formais que carrega no escopo do projeto, como visto anteriormente, foi um ator que desenvolveu essa e outras atividades, que não compunham necessariamente uma base formal, objetiva e pragmática. O processo foi sentido por cada um de nós de uma forma e intensidades diferentes. Do mesmo modo que os desafios “de ser macro” foram resolvidos por cada um de nós de uma forma muito singular, cada um, com seu tempo, tempero, leveza, dureza, temperamento conduziu sua tarefa. Considero como maior desafio deste período de coordenação, a mediação que tive que realizar entre a coordenação

nacional do projeto e as equipes estaduais, com todos os seus argumentos, interesses e disputas.

Como já mencionado em alguns momentos nesse trabalho, quando falamos nos objetivos formais do Projeto nos referimos à meta de formação de trabalhadores de saúde. Todos nós, que executamos o Projeto, tínhamos a todo instante a palavra “meta” reverberando em nosso pensamento; para nós, macrorregionais, mais ainda, por esta atribuição direta ao planejamento e execução das turmas nos territórios. Mas, foi chegado um momento do Projeto em que começamos a nos perguntar: “e depois que o projeto acabar, como potencializaremos essa discussão nos territórios?”.

Confesso que, para mim, começou a ficar instigante essa discussão, mesmo que, em muitos momentos, eu lembrasse que nossa responsabilidade era executar o Projeto e o pós deveria ser a cargo do MS. Bem, creio que a partir dessas ocasiões é que passaram a surgir as inquietações que constam nesta pesquisa, fica impossível dissociar minha trajetória enquanto trabalhadora do Caminhos do Cuidado da pesquisadora do Mestrado em Saúde Coletiva.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, utilizando a técnica de triangulação de métodos para a avaliação da etapa de implementação de uma política (MENICUCCI, 2006). A articulação entre as políticas de Saúde Mental e Atenção Básica, para efeitos desse estudo, foi considerada uma iniciativa que compõe um conjunto de dispositivos que, para efeitos do processo de formulação e implementação, se equivale a uma política, conforme o referencial apontado. Segundo Minayo (2008), a triangulação de métodos é especialmente indicada para estudos de avaliação, pois essa estratégia propicia meios, durante o desenvolvimento da investigação e análise dos dados quantitativos e qualitativos, para apoiar o monitoramento das ações desenvolvidas. A avaliação de projetos e programas sociais pode ser resumida em compreender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços, além do que, possibilita seu alcance e questiona seus limites.

3.2 Coleta dos Dados

A primeira etapa do trabalho de pesquisa constituiu-se na análise de variáveis relacionadas à articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica. Essa observação, também, ocupou-se da função de análise de cenário da articulação, a partir dos dados secundários gerados na etapa de Avaliação Externa do PMAQ-AB, nos dois primeiros ciclos, realizados até o ano de 2014. Esse banco de dados está disponível no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, mas foi utilizada uma cópia disponível na Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, que autorizou sua utilização (ANEXO A).

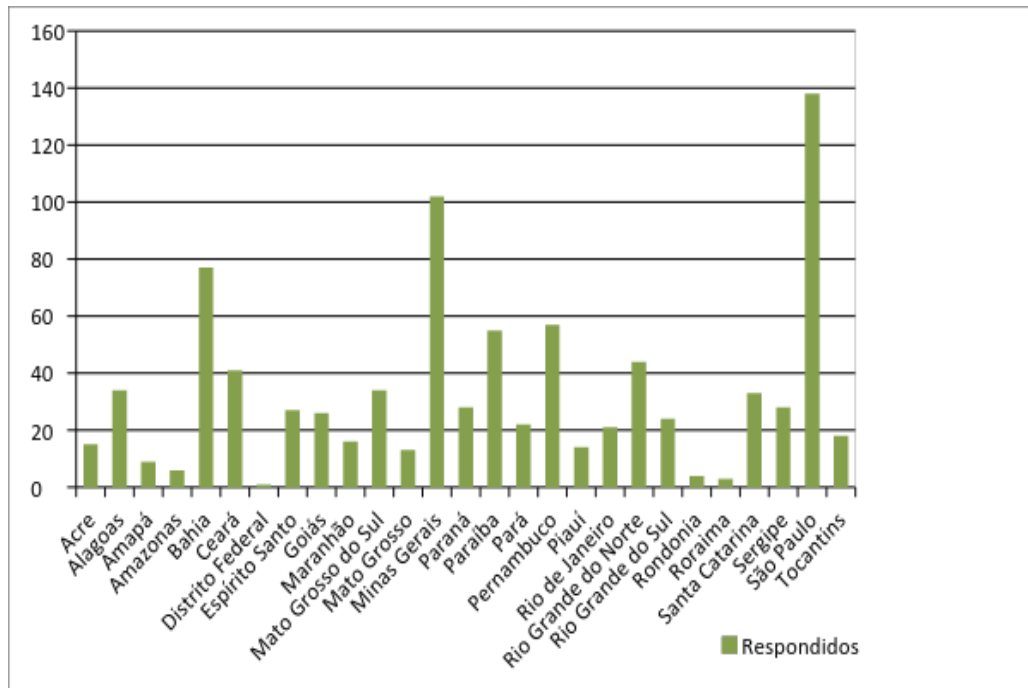
A participação dos tutores foi analisada através da seleção de variáveis de um banco de dados secundários, organizado a partir de formulários preenchidos por eles como dispositivo de avaliação realizado pelo Projeto. Esses formulários foram enviados pela equipe nacional do Projeto Caminhos do Cuidado para todos os tutores formados. Este instrumento foi disponibilizado entre os dias 14 a 28 de julho de 2014 por meio do formulário online. Gerou uma base de dados que é utilizada, parcialmente,

pela Coordenação do Projeto para as atividades de análise e relatórios. Uma cópia da base de dados, contendo informações não identificadas está disponível para consulta de todos os interessados e nos relatórios do Projeto - disponibilizada para a pesquisa (ANEXO B). O instrumento original (ANEXO C), que formatou o banco de dados, conta com 35 perguntas, sendo 17 delas qualitativas - podendo ou não serem respondidas pelo tutor. O formulário foi disponibilizado para 1.600 tutores, sendo 890 preenchidos, os quais foram utilizados na pesquisa.

O preenchimento do instrumento de avaliação por parte dos tutores aconteceu em meados do ano de 2014, em um momento em que o Projeto completava poucos meses de sua execução em todo o território nacional. Foi motivado pela equipe pedagógica, após receber inúmeros pedidos de novas formações de tutores por parte das Equipes Estaduais. Eles argumentavam a dificuldade em atingir o número de formações/mês pactuadas com a coordenação nacional do projeto. A justificativa era a impossibilidade de os tutores aceitarem realizar turmas. Com o objetivo de responder a essas questões, o núcleo pedagógico elaborou o FORMSUS - serviço do DATASUS para a criação de formulários eletrônicos disponíveis publicamente –, em anexo, e por meio das coordenações estaduais e equipe de comunicação do Projeto foi enviado, por e-mail, o link para preenchimento dos formulários. Por ser um amplo banco de dados, nos detemos em algumas questões que consideramos pertinentes para ajudar a responder os objetivos desta pesquisa.

Segue gráfico ilustrativo com o quantitativo de tutores que preencheram o FORMSUS de acordo com seus estados de residência e atuação.

Gráfico 1 - Distribuição de tutores que responderam ao questionário por Estado.



Fonte: Elaboração própria.

3.3 Análise dos Dados

A análise dos dados quantitativos, referentes ao PMAQ-AB, foi realizada por meio do *Software SPSS 22.00*, as variáveis categóricas nominais foram analisadas seguindo suas frequências relativas e absolutas em relação a sua distribuição no país e por regiões. O banco de dados do PMAQ-AB nos proporcionou a reflexão sobre questões relativas à saúde mental, mais especificamente no que diz respeito ao tema do crack, álcool e outras drogas, na Atenção Básica. As questões referentes à temática do crack, álcool e outras drogas foram ampliadas do primeiro para o segundo ciclo no instrumento de pesquisa, por essa razão, foram analisadas as questões de cada ciclo separadamente. As equipes analisadas no segundo ciclo equivalem as mesmas equipes avaliadas no primeiro ciclo do PMAQ-AB.

Para responder aos objetivos dessa pesquisa, no que se refere aos tutores do Projeto Caminhos do Cuidado, optou-se por utilizar as seguintes perguntas abertas do questionário dos tutores: “Deseja apontar outros aspectos positivos que podem ser destacados do processo de formação de tutor realizado presencialmente (40 horas)?”; “Deseja apontar outros aspectos negativos que podem ser destacados do processo

de formação de tutor realizada presencialmente (40 horas)?”; “Qual (is) a (s) contribuição (ões) do Projeto Caminhos do Cuidado para sua formação?” e “Qual (is) a (s) contribuição (ões) do Projeto Caminhos do Cuidado para seu processo de trabalho?”

Para a organização e análise dos dados qualitativos, optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2008a) e Bardin (2010). Minayo (2008a) entende que o texto é considerado um documento a ser compreendido, o qual ilustra determinada situação a ser interpretada. A operacionalização da análise de conteúdo foi feita por meio da categorização temática, com apoio de tecnologias virtuais através do Software NVivo 10 for Windows. Segundo Bardin (2010), o uso de sistemas informatizados para essa atividade possibilita o acréscimo ao rigor da organização dos dados coletados e a manipulação de dados complexos.

A Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2010). Das diferentes modalidades de Análise de Conteúdo optou-se por utilizar a Análise Temática. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2008).

Neste trabalho não nos detemos na análise quantitativa gerada por essas categorias empíricas, mas no que essas categorias têm nos revelado - através da fala dos tutores, sobre a temática do crack, álcool e outras drogas tendo como disparador a vivência no Caminhos do Cuidado - para o cotidiano de vida e do trabalho desses profissionais. Voltamos a atenção, também sobre a possibilidade de discutir o cuidado no cotidiano das equipes para o encontro das ESF com a Saúde Mental. A análise dos dados secundários auxiliou na avaliação das dificuldades e avanços para a implantação do Projeto Caminhos do Cuidado. Além do banco de dados, contamos com o diário de campo e com a vivência da pesquisadora no Projeto, o que permitiu a triangulação também com a experiência desta pesquisadora.

Analisar os 890 questionários foi uma tarefa árdua. Em um primeiro momento fiz a leitura de todas as respostas. Após esse panorama geral, utilizei o software NVivo para classificar as respostas em categorias temáticas (APÊNDICE A), como propõe a

metodologia de análise de conteúdo. Cada categoria central correspondia a uma pergunta do questionário e, dentro de cada uma delas, formavam-se subcategorias de acordo com a análise proposta, conforme a ordem de perguntas descrita acima. Após fazer a leitura da pergunta “Qual (is) a (s) contribuição (ões) do Projeto Caminhos do Cuidado para seu processo de trabalho?”, percebi que os tutores fizeram grande relação com a pergunta anterior, que questionava sobre a contribuição para sua formação. Inúmeras respostas se repetiram, chegando a ser utilizada por eles a indicação “idem à questão anterior”. Frente a estes argumentos e a dificuldade percebida, por parte dos tutores, em dissociar a formação profissional de seu processo de trabalho, optou-se por categorizar apenas a pergunta referente à “contribuição do Projeto Caminhos do Cuidado para sua formação”.

Após a categorização das respostas percebi que alguns temas atravessavam diversas questões. Para uma organização didática e para auxiliar o leitor, farei a discussão dos achados partindo de quatro temas principais (eixos de análise), o que não exclui a relação que um estabelece com o outro; porém essa escolha, se deve ao desenho da pesquisa qualitativa. Os eixos foram compostos por categorias empíricas, que serão descritas e apresentadas em cada item.

Por fim, também é preciso registrar que a análise mobilizou, para além dos instrumentos tecnológicos e a metodologia indicada, a pesquisadora implicada. Sim, há implicação com o tema e com o processo do Caminhos do Cuidado. Uma implicação que permite ver e sentir para além da superfície do que o percurso metodológico descrito permitiria. Fez parte da análise, mobilizar os registros que essa caminhada, no Projeto e no Mestrado, produziu em mim. Um “caderno de afecções no campo” ficou registrado como aprendizagem no corpo e, portanto, também na retina que foi tomando contato com o conteúdo das declarações dos sujeitos da pesquisa. E esse registro foi posto em diálogo com os dados sistematizados, reivindicando, em muitos momentos, a presença da primeira pessoa do singular, que estão confessos no texto.

Desta forma, ocupei-me de analisar os dados e interpretar questões gerais que surgiram em mim, a partir das pesquisas nos bancos de dados, com o sentido de refletir e dialogar sobre as práticas de sujeitos implicados com a qualidade do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. O conhecimento gerado, por essas análises,

para além, das práticas associadas ao cotidiano dos trabalhadores de saúde, este, não me ocupei nesta produção.

3.4 Considerações Éticas

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, através do nº 1.072.176, em 23 de abril de 2015, sendo respeitados os itens que constam na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi incluído na Plataforma Brasil para aprovação no Comitê de Ética da UFRGS e a utilização dos dados secundários manteve a confidencialidade dos envolvidos (APÊNDICE A e B).

A utilização na pesquisa de banco de dados não identificados objetivava prevenir riscos como a eventual e/ou acidental divulgação de dados e identificação de sujeitos. Como a pesquisadora teve contato com os dados integrais, por decorrência de atividades de trabalho, optou-se por elaborar um Termo de Confidencialidade e Sigilo com relação a ambos os bancos de dados que foram utilizados. A utilização dos dados secundários foi previamente autorizada pelos responsáveis pelos bancos de dados institucionais.

4 SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO BÁSICA E PMAQ-AB

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, a Atenção Básica ocupa um importante lugar na rede de atenção psicossocial, tendo sido instituída por meio da Portaria 3.088/11 (BRASIL, 2011). Como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

A Saúde Mental e a Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área da saúde (BRASIL, 2013).

Temos na Estratégia Saúde da Família grande potencialidade para as ações em saúde mental, pois esta tem como foco a família e a comunidade, está inserida em determinado território adscrito, formada por equipe multiprofissional, e tem no agente comunitário de saúde um importante elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Segundo Dias e Macerata (2014), a AB reúne condições suficientes para a construção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, pois, além de possuírem experiência de e com seu território, entende a saúde de forma integral e necessariamente o conceito de singularidade, levando em consideração a vivência singular e concreta das pessoas e perto do lugar onde elas desenvolvem suas vidas. Para Dimenstein, Lima e Macedo (2013), as equipes que operam nesse nível se deparam com uma série de desafios, uma vez que é fundamental dispor de um amplo conhecimento da cultura, das necessidades e preferências de saúde da população; focar no território e na atenção domiciliar; ter flexibilidade na oferta de cuidados; e

desenvolver ações de apoio à integração social com foco na reabilitação psicossocial. Entretanto, é sabido que a transformação das práticas no interior do serviço é mais complexa do que a denominação das equipes ou mesmo a definição de normas e rotinas.

No contexto desses desafios, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB -, criado pela Portaria Nº 1.654/2011 do Ministério da Saúde, tem por principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde. (UFRGS, 2013)

A Coordenação Nacional de Avaliação Externa do PMAQ-AB está sob coordenação do Ministério da Saúde. Na composição da equipe destinada à tarefa ocorre a inserção da Rede Governo Colaborativo. Este atua no processo de avaliação externa e na articulação de instituições de ensino, assim como em iniciativas de educação permanente em saúde para a qualificação da Atenção Básica. A etapa de avaliação externa envolve um conjunto de universidades, responsáveis por territórios definidos e, entre elas, uma rede de pesquisas liderada pela UFRGS. A Rede Governo Colaborativo em Saúde é um projeto de cooperação instituído por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e a UFRGS e, no caso do PMAQ-AB, envolve um conjunto de instituições de ensino e pesquisa em seis estados da federação: Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba e São Paulo. (UFRGS, 2013)

No período de 2011 a 2015 foram realizados dois ciclos do PMAQ. Para o segundo semestre de 2015 está sendo desencadeado o terceiro ciclo de adesões, cuja etapa de avaliação externa está programada para o primeiro semestre de 2016. O PMAQ foi organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, a saber: 1 - Adesão e Contratualização; 2 - Desenvolvimento; 3 - Avaliação Externa; 4 - Recontratualização. A avaliação externa é desenvolvida segundo trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos. Esta avaliação conta com três módulos de questionários: observação da unidade, entrevista com profissional da equipe e entrevista com os usuários. Após a aplicação desses instrumentos foi possível a obtenção de um amplo banco de dados com informações relacionadas à

Atenção Básica do país, que está disponível publicamente no site do Ministério da Saúde.

Realizou-se duas etapas de avaliação, primeiro e segundo ciclo, das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, permitindo o levantamento de questões relativas aos processos de trabalho implementados em todo o território nacional. Essa iniciativa possibilitou uma análise em maior profundidade e panorâmica de todo o território nacional de modos de organização do trabalho nas equipes. Foi possível, igualmente, a abordagem de temas específicos, como a saúde mental, no âmbito das Equipes de Saúde da Família, constituindo-se em uma importante ferramenta de discussão da saúde mental na Atenção Básica, principalmente quando falamos em usuários de álcool e outras drogas.

O PMAQ-AB buscou identificar, entre outras informações, interfaces entre a Atenção Básica e a Saúde Mental nas Equipes de Saúde da Família em todo o território nacional. Algumas respostas obtidas permitiram compreender avanços e lacunas nessa aproximação, no período anterior ao início do processo formativo do Projeto Caminhos do Cuidado e durante o processo formativo. O 1º Ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB aconteceu em 2012 e contou com a participação de 17.482 equipes de saúde da atenção básica. O 2º Ciclo aconteceu em 2014, com a ampliação do programa para 30.424 equipes, sendo que quase 90% das equipes de saúde do país foram avaliadas pelo PMAQ-AB (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014)

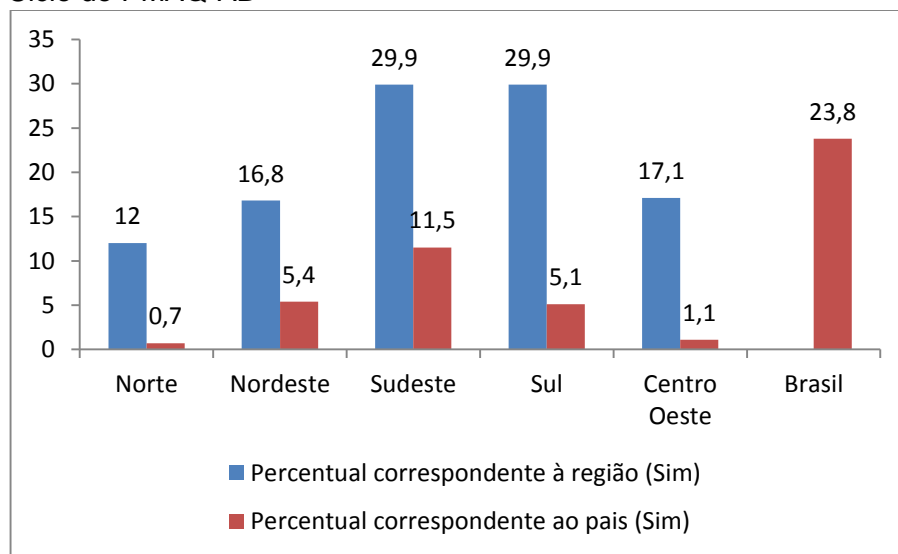
Quando aborda o trabalho na equipe de saúde da família, em particular com sua relação com o território e suas gentes, um ator social singular que emerge desse processo é o agente comunitário de saúde. Para Leite e Paulon (2013), a grande aposta neste personagem é a de que ele possa fazer a ponte entre o saber popular e o saber técnico visando à construção de projetos de cuidado que atendam às necessidades de um território específico, do qual o agente seria membro integrante e vasto conhecedor. No que diz respeito ao cuidado em saúde mental, que representa uma lacuna e um desafio, como se viu, esse ator se torna ainda mais relevante, não apenas pelo que pode no fazer cotidiano: identificar, produzir vínculo e mediações no cuidado, como também no que pode revelar acerca do cuidado da equipe aos usuários que necessitam das ações de saúde mental e, em particular, em relação ao crack e outras drogas. No sentido de aproximar a saúde mental da Atenção Básica, temos como estratégia a qualificação de Agentes Comunitários de Saúde e

Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, por intermédio do Projeto Caminhos do Cuidado, que é o tema de estudo deste trabalho.

4.1 A interface entre Atenção Básica e Saúde Mental no PMAQ-AB

No primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB, as equipes foram questionadas sobre a existência de registro de usuários de álcool e outras drogas em sua área de abrangência. Conforme se verifica no Gráfico 2, no Brasil, como um todo, apenas 23,8% das equipes entrevistadas possuíam registros para esses usuários. Houve uma variação percentual significativa entre as regiões sul (29,9%) e sudeste (29,9%) em relação à região norte (12%).

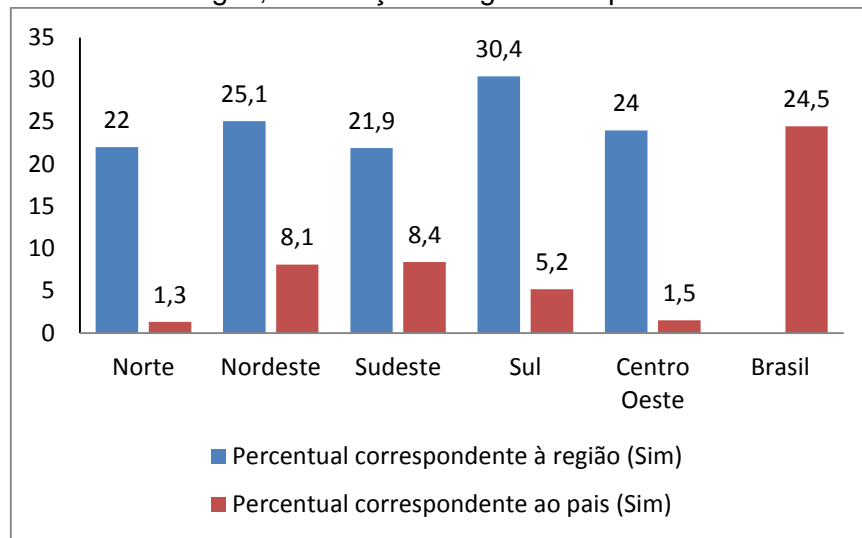
Gráfico 2 - Distribuição percentual de equipes de atenção básica que possui registro dos usuários de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º Ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

Sobre as ações educativas e de promoção da saúde, ofertadas pelas equipes para a prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do crack, álcool e outras drogas, como podemos perceber no Gráfico 3, o percentual de equipes que afirma realizar tais atividades não variou expressivamente nas regiões do país e o percentual nacional de equipes que realizam essas atividades ficou em apenas 24,5%.

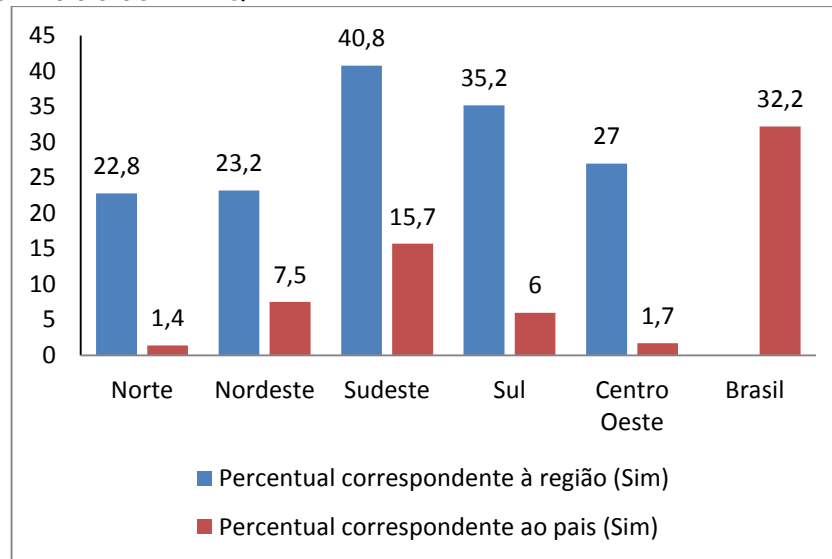
Gráfico 3 - Distribuição percentual de equipes que ofertam ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

O percentual nacional de equipes que afirmam possuir protocolos para atendimento aos usuários de crack, álcool e outras drogas, Gráfico 4, foi de 32,2 %, oscilando entre as regiões do país. A região Sudeste apresenta maior número de afirmativas positivas para uso de protocolos (40,8%) e a menor, com 22,8%, é a região Norte. Esse cenário mostra que há um caminho interrupto entre cuidado para usuários de drogas e Atenção Básica que, conforme define o Projeto, foi um dos pontos de partida do Caminhos do Cuidado.

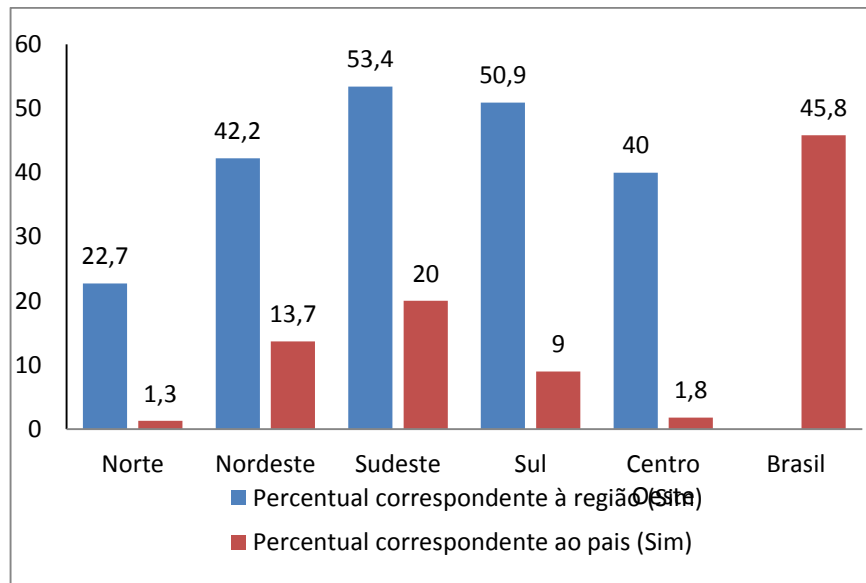
Gráfico 4 - Distribuição percentual de equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 1º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

No segundo ciclo da avaliação externa PMAQ-AB foram mantidas as questões referentes ao cuidado com os usuários de álcool e outras drogas que constavam no instrumento do primeiro ciclo e foram incorporadas outras questões. A questão relativa ao registro dos usuários de álcool e outras drogas pelas equipes de saúde evidencia um aumento nesse registro em relação ao primeiro ciclo, que é bastante variável entre as regiões do país. O aumento nesses registros foi de 22% na média nacional em comparação ao primeiro ciclo de avaliação. Em relação às regiões do país, o aumento foi de 25,4% (Nordeste), 23,5% (Sudeste), 22,9% (Centro-Oeste), 21% (Sul) e de 10,7% no Sudeste.

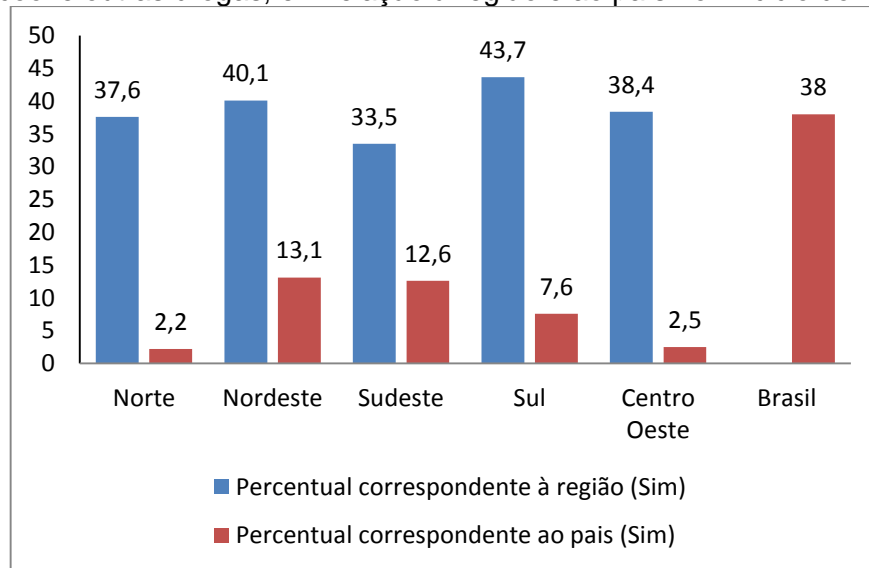
Gráfico 5 - Distribuição percentual de equipes de Atenção Básica que possuem registro dos usuários de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º Ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

Quanto à oferta de ações educativas de prevenção e promoção da saúde direcionadas ao tratamento dos usuários de crack, álcool e outras drogas, Gráfico 6, podemos perceber um aumento na oferta dessas ações em todas as regiões do país, em relação ao 1º ciclo do PMAQ-AB. O aumento entre as regiões variou entre 11,6% (Sudeste), 13,3% (Sul), 14,4% (Centro-Oeste), 15% (Nordeste) e 15,6% (Norte).

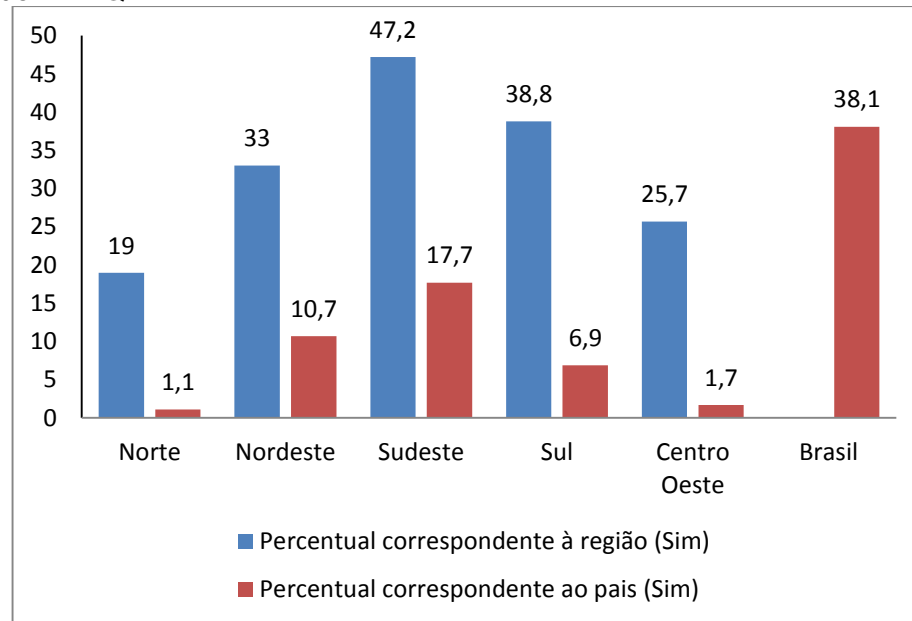
Gráfico 6 - Distribuição percentual de equipes que ofertam ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

Com relação à utilização de protocolos para estratificação de riscos, Gráfico 7, houve variação em relação à sua utilização nas diferentes regiões do país. Houve diminuição na sua utilização nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. Apenas as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram aumento na utilização de protocolos em relação ao primeiro ciclo.

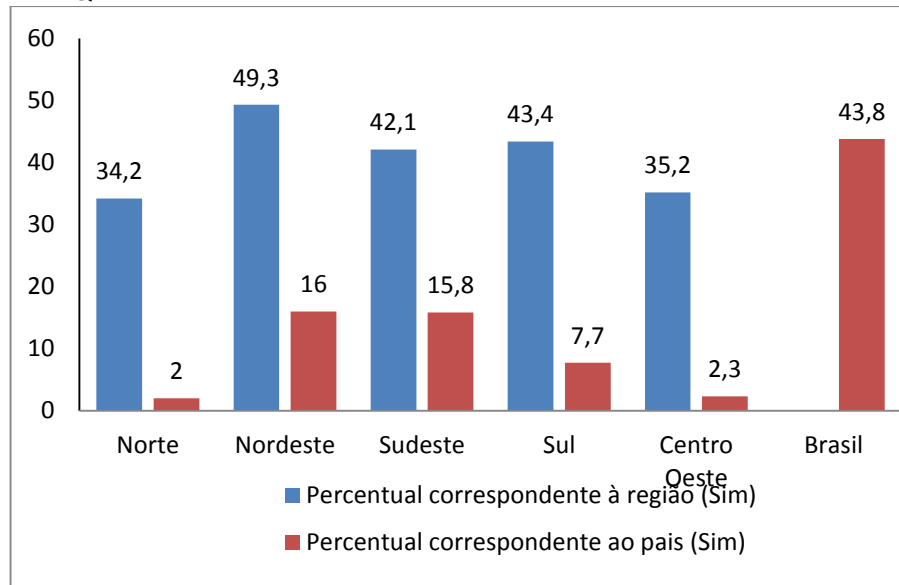
Gráfico 7 - Distribuição percentual de equipes que possuem protocolos para estratificação de risco para uso de álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

No segundo ciclo foram incluídas as questões relativas à oferta de grupos destinados aos usuários de álcool e outras drogas (Gráfico 8) e à busca ativa desses usuários (Gráfico 9). Foi questionado se as equipes ofertam algum grupo ou ação na unidade de saúde, para esses usuários, 43,8% das equipes do país responderam que realizam algum grupo destinado a esses usuários.

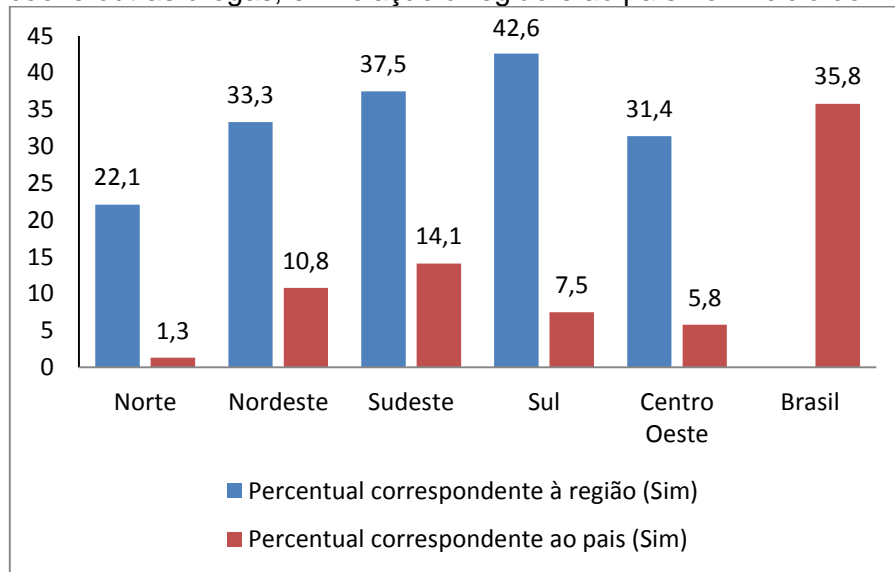
Gráfico 8 - Distribuição percentual de equipes que realizam grupos com foco na abordagem do uso de álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

Também foi questionado se as equipes realizam a busca ativa desses usuários. A resposta positiva foi de apenas 35,8% das equipes na média nacional. A busca ativa, também, mostrou-se muito diferenciada regionalmente, concentrando-se o menor número de busca na região Norte com 22,1%, enquanto o Sul registra 42,6% das afirmativas positivas para a busca ativa.

Gráfico 9 - Distribuição percentual de equipes que realizam busca ativa para situações de álcool e outras drogas, em relação à região e ao país no 2º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Dados PMAQ-AB tratados pela autora.

Os dados apresentados pelo PMAQ-AB, no que se refere à temática do álcool e outras drogas, evidenciam a lacuna ainda existente na Atenção Básica para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Como podemos perceber a partir dos dados apresentados, essa é uma população invisível à maioria das equipes de saúde da Atenção Básica, pois apenas 45,8% delas, de acordo com dados do 2º Ciclo, possuem registro desses usuários. Não possuindo registros, também fica prejudicado qualquer tipo de planejamento de ações de saúde voltadas a esses indivíduos. As atividades de promoção da saúde, ações educativas e grupos exclusivos aos usuários de álcool e outras drogas atingem o máximo de 43,8% das equipes que dizem realizar essas atividades.

4.2 Algumas evidências de um percurso em andamento

Frente aos dados apresentados, podemos perceber a necessidade de aproximação da Atenção Básica com a Saúde Mental através de iniciativas como o Projeto Caminhos do Cuidado, que tentou, através de sua formação de ACS e ATEnf, sensibilizar para a temática do crack, álcool e outras drogas. Por intermédio desses profissionais, o Caminhos do Cuidado tem como um dos resultados esperados contribuir para a vinculação desses usuários de álcool e outras drogas às equipes de saúde e, também, mudar a realidade cotidiana dessas unidades de saúde por meio

do acúmulo e/ou potencialização de ferramentas de cuidado despertadas durante o processo formativo, tanto para ACS e ATEnf, como para os tutores participantes do Projeto.

Um olhar panorâmico, como o que permite a análise dos dados dos dois ciclos do PMAQ-AB, oferece uma primeira aproximação avaliativa da articulação entre as duas políticas, de Saúde Mental e Atenção Básica. A primeira constatação é de que é necessário implementar esforços para ampliar essa articulação, que existe, parcialmente, na maior parte das equipes participantes do PMAQ-AB.

Como podemos perceber, por meio dos dados apresentados, o registro dos usuários de álcool e outras drogas teve um aumento de 22% em relação ao primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB, também, houve aumento desses registros em todas as regiões do país. O mesmo aumento podemos verificar em relação às ações educativas, a média nacional aumentou 13,5% e, todas as regiões passaram a ofertar mais ações educativas de prevenção e promoção da saúde, para essa população. Na questão referente a utilização de protocolos observamos, uma maior diversidade regional. As regiões Sul, Centro-Oeste e Norte apresentaram diminuição na utilização de protocolos, o que não impediu o aumento de 6,1% nessa categoria, na média nacional.

A oferta de grupos na unidade de saúde e a busca ativa estão contempladas, apenas, no segundo ciclo da avaliação, 43,8% das equipes afirmam realizar grupos ou ações, na unidade de saúde, voltadas aos usuários de álcool e outras drogas. A região que menos ofertou essas atividades foi o Norte (34,2%) e a região que mais ofertou foi a Nordeste com, 49,3%. A busca ativa esteve presente no cotidiano de 35,8% das equipes do país, sendo a região Sul a que mais realizou busca ativa (42,6%) e a região Norte a que menos realizou com, 22,1%. Podemos supor, que, em função, das características geográficas da região Norte, algumas atividades que dependam de deslocamentos ou acesso a tecnologias possam ficar prejudicados, por essa razão a diminuição na oferta dessas ações.

É precoce e impreciso, por certo, afirmar que a mudança entre os dois momentos se deva, exclusivamente, ao Caminhos do Cuidado. Parece evidente, por outro lado, que há uma interface positiva entre ambos para a explicação do cenário de mudanças iniciais visualizado nos dados apresentados. É oportuno, entretanto, que pesquisas avaliativas possam esclarecer como se percorreu esse pequeno caminho

na integração entre as temáticas, visando apoiar políticas e processos decisórios na produção de avanços ainda mais visíveis.

O próximo ciclo do PMAQ pode ampliar a compreensão desse cenário. Nesta pesquisa analiso a participação dos tutores do Caminhos do Cuidado e a contribuição da formação em saúde mental para sua vida profissional, possibilitando assim discutir mudanças já possíveis nas equipes de saúde mental e da saúde da família, como resultado dessas novas aprendizagens.

5 O QUE ENCONTREI PELO CAMINHO

Neste capítulo, abordaremos os resultados obtidos a partir da análise feita nos 890 questionários respondidos pelos tutores do Projeto Caminhos do Cuidado a partir do instrumento de avaliação preenchidos por eles, durante sua participação no Projeto. Por meio dessa análise, foi possível perceber a contribuição da formação do Caminhos do Cuidado para sua vida profissional e integração da Saúde Mental com a Atenção Básica, para o cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas. A sistematização dos resultados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo com auxílio do Software NVivo, a categorização temática gerada nessa análise resultou os principais eixos dessa discussão, que são: Quebra de paradigmas e mudança de olhar em relação ao usuário de álcool e outras drogas; Ampliação da clínica; Troca de saberes e experiências e Metodologia e ampliação de conhecimentos.

5.1 Quebra de paradigmas e mudança do olhar em relação ao usuário de álcool e outras drogas

Esta categoria empírica apresenta registros que apontam para a mudança de olhar e desconstrução de preconceitos e paradigmas em relação aos usuários de álcool e outras drogas, gerada a partir do processo formativo realizado pelos tutores do Projeto Caminhos do Cuidado.

Figura 2 - “Tirinha” do cartunista Armandinho



Na “tirinha” do Armandinho, o cartunista nos faz pensar sobre os preconceitos criados pela sociedade a partir de uma dada característica física ou de comportamento

das pessoas. Para Macerata (2014), o estigma, o estereótipo criado em torno de pessoas que fazem uso de drogas ilícitas é concomitante a uma espécie de julgamento moral sobre seus modos de viver. Mesmo que se considere também da ordem moral a designação do que seja ou não “drogas ilícitas”, é visível que há um olhar que constitui o lugar “população em situação de rua” e sua associação com “drogas”. Este estigma criado em torno dos usuários nos impede de “enxergar além das aparências”. Nesta seção, conversaremos sobre essas questões, partindo das falas dos tutores.

Conforme já dito, no Projeto Caminhos do Cuidado os tutores deveriam ter experiência comprovada de trabalho na saúde mental, Atenção Básica ou docência. Percebeu-se que, em sua maioria, eram profissionais Psicólogos e Enfermeiros. Posso dizer que isso ocorra, talvez, pela maior proximidade desses profissionais com a temática da dependência química, e, também, por mais frequentemente serem os profissionais que ocupam os campos de trabalho exigidos pela seleção. Faço essa consideração para pensarmos em um primeiro achado nas análises: uma quantia considerável de tutores respondeu que a contribuição do Caminhos do Cuidado para a sua vida profissional foi transformar seu olhar (“enxergar além das aparências”) em relação aos usuários de álcool e outras drogas, superando preconceitos, quebrando paradigmas e construindo novas formas de ver o usuário com essas características no momento do contato com o serviço de saúde.

Nas falas a seguir, podemos perceber que as questões relativas aos preconceitos e julgamentos prévios são independentes da formação acadêmica do trabalhador de saúde, estando presente mesmo naqueles profissionais em que a expectativa era um maior acolhimento a esse tipo de demanda.

“Apesar de ser psicóloga, ainda tinha algumas barreiras com o dependente químico, depois da formação com certeza venho melhorando isso em mim a cada dia. “

“Desconstruí muito dos meus paradigmas em relação ao usuário de álcool e outras drogas, sou hoje pessoalmente e profissionalmente muito melhor do que antes do projeto. “

“Mudança completa de paradigmas, esta foi a melhor formação que já realizei em minha vida se tivesse demanda eu trabalharia exclusivamente no projeto de formação para quebra de pré-conceitos, paradigmas e tabus em relação à Saúde Mental, uso de crack, álcool e outras drogas. “

“A principal é a desconstrução de preconceitos que carregamos e que às vezes é invisível a nós. Conhecer outros olhares sobre questões tão naturalizadas nos propicia não só uma mudança no modo de

agir/pensar, como também repensar outros aspectos de nossas vivências. ”

Ainda sobre o bloco anterior, os tutores relatam o quanto a formação foi importante para desconstruir paradigmas. Entendo por paradigma um conjunto de regras, teorias, modos de ser e agir validados por uma determinada comunidade, científica ou não. Bom, ao falar dos tutores e que estes relatam quebra de paradigmas, posso constatar que a participação no Projeto Caminhos do Cuidado fez com que esse profissional mudasse seu modo de ser e/ou agir a partir dos novos conhecimentos adquiridos. Isso também pode ser percebido nas falas que seguem, em que os mesmos relatam que há um deslocamento da imagem dos usuários de álcool e outras drogas e que essa mudança possibilitou a abertura para novas formas de cuidado em saúde. Para Pinheiro e Ceccim (2011), uma prática cuidadora envolve o assistir e/ou tratar segundo os parâmetros do acolher e respeitar, isto é, dar lugar às singularidades, compreender as fragilidades e estar presente de maneira correspondente.

“[...] a maior contribuição é a do relacionamento interpessoal, de criar laços, acreditar nas pessoas, de ver além da aparência, de saber que por trás de uma aparência existe um ser que é um oceano de subjetividade que é livre para escolher. Acima de tudo não julgar o outro por suas escolhas, mas criar possibilidades e alternativas. ”

“[...] Mudou o meu olhar em relação aos pacientes com transtorno mentais e em uso de substâncias psicoativas, porque antes agia em parte de forma preconceituosa, mas com o curso passei a ter um olhar diferenciado, a ver os pacientes como um todo, ou seja, com suas singularidades, histórias, sentimentos e não em parte, o que quero dizer é que passei a ver um ser humano e não a substância. ”

“O Projeto foi muito importante para minha formação, pois atuo em uma região com alto consumo de álcool e outras drogas e o Projeto contribuiu para ampliar a visão e o entendimento do tema, além de me sensibilizar para a atuação nos casos. ”

“Acrescentou mais ainda a minha formação na saúde, deixando por terra paradigmas existentes, demonstrando uma nova dinâmica nos novos conhecimentos e na introdução de novas metodologias no acolher e no exercício da dignidade, na área da saúde mental. ”

No bloco anterior percebemos uma mudança no modo de ver os usuários de álcool e outras drogas, deslocando a imagem de preconceito e receio em relação a esses indivíduos para a imagem de um indivíduo com desejos, singularidades e dotado de histórias de vida. A mudança nesse “olhar” também fez com que o profissional visualizasse possibilidades para mudanças de práticas, podendo criar alternativas para o cuidado e para o desenvolvimento da cidadania dessas pessoas.

Sabemos que, não raramente, a temática do uso de crack e outras drogas vem sendo associada à marginalização dos usuários e que esse conceito tem sido reproduzido incansavelmente pela mídia, o que não acontece no caso do álcool, droga lícita comumente associada ao prazer de estar com os amigos e a confraternizações. A esse conceito de marginalização ainda podemos relacionar a forte influência religiosa que demoniza e torna o usuário um pecador passível de castigo por tal ato.

Notei, na pesquisa, que uma boa parte dos profissionais de saúde tende a reforçar atitudes de estigma e preconceitos, percebidas nas falas que relatam que a experiência vivida no Caminhos do Cuidado contribuiu para o contrário, conforme verificado nos seguintes trechos: “*desconstrução de preconceitos que carregamos*”, “*antes agia em parte de forma preconceituosa*”. O estigma se concretiza quando associamos rótulos ou estereótipos negativos a um determinado comportamento. Essa atitude de preconceito veio sendo desenvolvida ao longo da vida desses profissionais, durante sua história, pelas mesmas influências que colocam a sociedade a chamar o usuário de marginal, bandido ou, ainda culpá-lo por tal situação.

De acordo com Ceccim e Ferla (2008), a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado de grande resistência aos avanços da cidadania em saúde, conquistada pela Reforma Sanitária Brasileira. Para esses mesmos autores, ainda é desafiadora a formação dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS, vigorando no imaginário desses profissionais a prestação de serviços altamente tecnicizados, com o processo de saúde-doença constituído de uma história natural e o hospital tomando o topo de uma hierarquia qualitativa. Sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para a sociedade compromissos ético-políticos e não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ainda se mantém atual a discussão sobre a formação de profissionais para trabalhar no e para o SUS. Quando ouvimos profissionais relatando que a formação de tutores do Caminhos do Cuidado- formação presencial de 40hs- transformou seu modo de “ver” o usuário de álcool e outras drogas, este relato me remete a pensar o papel da universidade na formação profissional para o SUS, assim como está posto na Lei 8.080/90 que este será o ordenador dos recursos humanos para a saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do

SUS e a sua melhor consecução, além de expressarem qualidade e relevância social para a total implantação da reforma sanitária.

“O Projeto Caminhos do Cuidado foi o que mais me confirmou que é sim possível mudar o olhar que temos pré-estabelecido que vem da educação formal/conservadora. Hoje me sinto renovada com a possibilidade de mudanças/avanços em minha formação. “
“A perspectiva de se trabalhar com um novo olhar para o usuário de álcool e outras drogas que de maneira nenhuma acontece nos espaços formativos normais! “

De acordo com as falas anteriores, os tutores reconhecem o ambiente do Caminhos do Cuidado como privilegiado para mudanças formativas, o que não é percebido em espaços formais, como a universidade, que, em muitos casos, se abstém das discussões sobre o cuidado ampliado aos usuários de álcool e outras drogas, pois foge do escopo formal biomédico costumeiramente adotado pelas instituições de ensino em saúde. Segundo Pinheiro e Ceccim (2011), o modelo hegemônico do ensino em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica por duas razões: a baixa capacidade de preparar os novos profissionais de saúde para as políticas contemporâneas de trabalho em saúde e pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração de indicadores de saúde.

5.2 Ampliação da Clínica

Para caracterizar essa categoria empírica, neste item será abordado o cuidado em saúde e seus desdobramentos. Utilizarei como referencial bibliográfico autores do campo da Saúde Coletiva que têm estudado as tecnologias em saúde e sua relação trabalhador de saúde-usuário. Ele concentra as manifestações dos tutores acerca das variações nas suas opiniões sobre o cuidado, mais especificamente sobre as imagens dos tutores acerca da interface entre pessoa necessitando de cuidados, uso problemático de drogas e Atenção Básica e sobre uma ampliação da clínica possível na Atenção Básica para pessoas em situação de uso de drogas. Tendo em vista seu papel importante na constituição das experiências pedagógicas dos alunos, produzir uma dilatação na compreensão sobre o cuidado poderia ser um efeito relevante para constituir significados mais compatíveis com as diretrizes das políticas de cuidado, quer na Atenção Básica, quer na rede de saúde mental. Os registros tratados dos

tutores apresentam duas ideias-tronco, aqui apresentadas como subcategorias empíricas: imagens dos tutores sobre a interface entre pessoa em uso de álcool e outras drogas, necessitando de cuidados na Atenção Básica e ampliação da clínica possível na Atenção Básica para pessoas em situação de uso de drogas.

Como já mencionado anteriormente, a Atenção Básica deve buscar o atendimento integral e de qualidade aos usuários, além do fortalecimento da autonomia das pessoas sob seu cuidado, estabelecendo a articulação com a rede de serviços. De acordo com Neves e Paulon (2013), para que o princípio da integralidade deixe de ser uma indicação dogmática do SUS, a Atenção Básica deve ser compreendida e funcionar como espaço de acolhida para questões de saúde mental. Isso tudo estaria relacionado com a possibilidade de o usuário ser acompanhado em seu contexto social, “tratado nas tramas que organizam suas vidas” (LANCETTI; AMARANTE, 2012) e sob a perspectiva de vínculos, escuta e acolhimento da equipe multiprofissional em Saúde da Família.

Durante minha leitura do banco de dados, pude perceber que um número significativo de tutores considerou o Projeto importante para ampliar seus modos de fazer saúde na Atenção Básica ou em outros locais de trabalho. Frequentemente, esses profissionais relatam que o Projeto ampliou sua compreensão acerca das possibilidades de cuidado na AB para com os usuários de crack, álcool e outras drogas. Como podemos perceber a seguir, há registro de um deslocamento nas imagens dos tutores sobre a interface entre pessoa necessitando de cuidados, uso problemático de drogas e Atenção Básica, que parece estabelecer possibilidades de outras relações entre os sujeitos - na cena do cuidado - mais próximas de um cuidado integral. Aqui, as imagens das relações entre Atenção Básica, pessoas e uso de drogas procura dar visibilidade a aspectos que tornam possível a oferta de uma combinação singular de tecnologias duras, leve-duras e leves com base na complexidade de necessidades do usuário dos serviços, conforme os conceitos formulados por Merhy (2007).

“Mudança na minha percepção em relação ao usuário de drogas, sobretudo, em relação aos cuidados que estes devem ter na AB. ”

“Trabalho há anos em saúde mental e tinha um certo receio, achava não ter perfil para trabalhar com usuário de drogas. Após a formação fiquei surpresa e percebi que na verdade eram alguns preconceitos

que ainda existiam e que começaram a ser diluídos na formação. Hoje o olhar é muito diferente e contribui imensamente para um trabalho de qualidade e cuidado adequado. ”

“Cuidar do indivíduo de forma singular levando em consideração seu contexto e sua história de vida. ”

“O projeto viabiliza a elaboração de propostas concretas de trabalho com a temática (possibilidades de cuidados), potencializando a Atenção Básica como espaço privilegiado de assistência à saúde mental, usuários de crack, álcool e outras drogas. ”

Os registros destacados apontam algumas questões de relevância para a mobilização de práticas cuidadoras no âmbito dos serviços. No primeiro, percebe-se uma conexão entre a Atenção Básica e o cuidado com pessoas usuárias de drogas, conectando potencialidades entre essas duas áreas de atenção, na mesma direção às quais apontam as políticas e a orientação do Caminhos do Cuidado.

O segundo registro destacado segue na direção dos deslocamentos de imagens prévias, demonstrando a tomada de consciência de um preconceito ao olhar, com a questão do uso de drogas. “Receio”, “preconceito” e um “olhar” marcado pela produção de uma “identidade fixa” ao usuário de drogas, ademais, o torna um “não possível” ao cuidado e, ainda mais, na Atenção Básica, é reificar uma imagem âncora da vigência atual.

No terceiro registro agrupado no bloco anterior, a ampliação das imagens e a potência do cuidar fica ainda mais evidente quando a condição de usuário toma uma dimensão no contexto e na história de vida dos sujeitos, não como identidade, tendo reflexo no cuidado que, tomando tal complexidade do indivíduo, requer singularizações. Por fim, no último registro deste bloco, é afirmada a Atenção Básica como lugar “privilegiado” de cuidado às pessoas em situação de uso de drogas e da formação como oferta de possibilidades concretas para organizar esse cuidado.

Que cuidado é esse de que estamos falando? Quais são os cuidados possíveis em Saúde Mental na Atenção Básica? Um cuidado que dá visibilidade, voz, vez? Do cuidado como direito do cidadão, não só constitucional, mas ético, inerente ao campo de conhecimento dos profissionais de saúde. Um cuidado que busca a autonomia, a capacidade do sujeito em gerir sua vida, segundo suas escolhas e singularidades. Esse é o registro nas diferentes políticas, mas, também, nas construções de

pensamento que embasam as políticas e as teorias de cuidado. Parece ser, da mesma forma, um deslocamento apontado pelos tutores.

Para Boff (1999), o que opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Ações cuidadoras aos usuários de álcool e outras drogas requerem estratégias focadas ao indivíduo e às coletividades utilizando-se da rede de atenção à saúde-formal ou não. O rótulo de “usuário de álcool e drogas” é usado comumente como motivo para diminuir as chances desse indivíduo receber cuidados, desconsiderando, inclusive, outras necessidades de saúde que acontecem ao longo da vida como uma gestação, hipertensão, diabetes...Esses pacientes caem no que se pode chamar de buraco da rede: eles não são atendidos na AB porque estão em sofrimento psíquico e não são atendidos na saúde mental porque estão com alguma doença que não se pode tratar ali (MACERATA, 2014). Sabemos que esse tipo de ação não é casual na Atenção Básica por diversas razões, uma das justificativas é a baixa capacidade dos profissionais em lidar com essas questões.

O “descuido” aos usuários de álcool e outras drogas foi evidenciado pelos dados do PMAQ-AB, como percebemos no capítulo anterior. Mais de 60% das equipes de saúde da Atenção Básica não possuem ações educativas e de promoção da saúde em suas unidades de saúde voltadas à população usuária de álcool e outras drogas, além de não possuir registros desses indivíduos e nem realizar busca ativa, dificultando qualquer planejamento em saúde que essa equipe queira realizar.

Merhy (2007) nos faz refletir sobre a dimensão micropolítica do trabalho capaz de produzir atos cuidadores independentemente da função técnica que esse trabalhador desempenha na equipe de saúde, em que as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços toma a dupla dimensão de constituir uma natureza de tecnologias para o cuidado e, ao mesmo tempo, um dispositivo de regulação para padrões ampliados de cuidado.

Como constituir uma relação trabalhador-usuário mais potente de cuidado se a imagem do outro está restrita a uma identidade fixa, facilmente capturada por uma interpretação moral que a desvincula da saúde e a conecta na configuração moral e na personalidade dos sujeitos? Essa questão nos faz pensar sobre a necessidade de

utilização de outros recursos da caixa de ferramentas- conjunto de saberes que o profissional dispõe para a produção de atos de saúde- para a organização do trabalho nas equipes de saúde a fim de produzirem atos de saúde capazes de gerar ações cuidadoras resultantes não somente em cura, mas em promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Trago essa reflexão para pensarmos as possibilidades de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas que vêm sendo utilizadas pelos profissionais (mesmo não percebendo) e das possibilidades que podemos lançar mão. Sobretudo, para organizar uma análise dos efeitos da formação no Caminhos do Cuidado no cotidiano na saúde, que, afinal, é a dimensão que pede visibilidade quando se pensa em educação permanente em saúde. A EPS permite tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção (CECCIM, 2005).

O trabalho em saúde vem adotando procedimentos altamente técnicos e que dispõem cada dia mais de um saber especializado, deixando em segundo plano as tecnologias leves, como propõe Merhy (2007). Para Feuerwerker (2014), as lógicas de poderes que operam em nossa sociedade tendem a favorecer os núcleos vinculados às tecnologias leve-duras e duras. Superar essa conformação exige novos arranjos, novas combinações tecnológicas em - que o peso das tecnologias leves seja maior e que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

Como podemos perceber, nos registros que seguem, os tutores percebem que a Atenção Básica é um local privilegiado para o cuidado dos indivíduos e através do Caminhos do Cuidado, conseguem, também, deslocar a imagem de cuidado em saúde mental vinculado apenas aos centros especializados. A possibilidade de ampliação da clínica passou pela incorporação de novos arranjos de cuidado com atendimento chamado de mais humanizado e a utilização da redução de danos como mais uma ferramenta de cuidado.

“Para minha formação enquanto psicólogo foi muito valiosa. Por possibilitar transmitir a diferença; e contribuir assim, para um tratamento mais humanizado à saúde mental. “

“Trabalho em uma ESF e sou docente para o curso de graduação em enfermagem, e o conhecimento adquirido no curso tem melhorado muito o meu atendimento a este segmento da população, bem como

tenho estimulado meus alunos a repensarem o atendimento destes pacientes. Porém, muito do que foi abordado no curso pode ser utilizado na saúde da família, independente dos pacientes estarem ou não com problemas de saúde mental ou uso de drogas. “

“Qualificou minha intervenção na Atenção Básica, tanto no que se refere à Saúde Mental como em relação à qualidade do cuidado na Atenção Básica”.

“Sob o ponto de vista da clínica, maior utilização da perspectiva da redução de danos e sob o aspecto do ensino, a apropriação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem”.

O cuidado deve centrar-se no indivíduo e não no evento patológico, nas singularidades e no processo de subjetivação. É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde e deve fazer parte da rotina de todos os serviços da rede assistencial. Para isso, Ceccim e Ferla (2006) propõem a mudança no trânsito do usuário pela rede de serviços de saúde, uma malha de cuidados ininterruptos, formando ligas, conexões, um rizoma. Por dentro desse rizoma cruzariam as linhas de cuidado, fluxos que configuram uma rede cuidadora, capaz de acolher, escutar, atender e encaminhar - inclusive para práticas de saúde que não compõem o sistema formal da atenção. Essa configuração substituiria a ideia hierarquizada da pirâmide de assistência à saúde para uma proposta de mandala-recurso didático que organiza as linhas de cuidado e estabelece novas integrações entre ensino-trabalho-cidadania, consolidando ações de apoio matricial, projetos terapêuticos singulares e educação permanente em saúde.

5.3 Troca de saberes e experiências

Parece-me evidente a necessidade de os profissionais de saúde saírem dos seus ambientes de trabalho para interagirem com outras realidades do seu território ou compartilharem experiências do mesmo. Tal constatação foi possível pelo expressivo número de tutores que consideraram como de grande relevância a possibilidade que o Caminhos do Cuidado trouxe para a interação entre trabalhadores de saúde de diferentes formações profissionais e de diferentes estados e municípios e a potencialidade que as trocas de experiências realizadas por eles acrescentou aos seus cotidianos de trabalho. Essa constatação pode ser evidenciada nas falas que seguem:

“Contribuiu para a troca de experiência entre profissionais e conhecimento das diversas realidades do estado em que trabalho.

Tenho visto transformação na prática do cuidado em saúde mental nos municípios por onde o projeto tem passado. “

“O projeto tem uma imensidão que acho que nem os idealizadores pensaram, mas a nossa experiência enquanto tutores é fantástica, pois estamos vivendo em diversos mundos em diversas unidades básicas, em diversas equipes de saúde da família e trocando experiência. “

“A integração de profissionais de vários municípios, com realidades distintas, além da multidisciplinaridade, proporcionou os diversos olhares e práticas, que enriqueceram o processo de construção de novos saberes. “

“Troca de experiência com os profissionais das equipes dos diversos municípios, as dificuldades socializadas, as experiências exitosas desses profissionais comprometidos no fazer profissional. “

“Muitas, em especial a interação com os ACS e ATEnf, que trazem situações reais e práticas muito valiosas. De certa forma cada situação nos faz pensar e agir de maneiras diferentes e com certeza hoje a visão é outra. ”

Nesses relatos podemos perceber o quanto foi valorizada pelo tutor a troca de experiências proporcionada pelo Caminhos do Cuidado tanto no momento da formação de tutores, como nos momentos em que estiveram próximos às equipes de Saúde da Família, nas atividades de formação dos ACS e ATEnf. A possibilidade de socialização de dificuldades, ao mesmo tempo que eram absorvidas experiências exitosas para o cotidiano dos trabalhadores de saúde, fez com que esses momentos se tornassem grandes espaços de EPS. Para Mehry (2014), a “ *EP é a prática sistemática de aprendizagem nossa (trabalhadores de saúde) com nosso próprio fazer do cotidiano do trabalho e com a capacidade criativa de inventar esse cotidiano*”. Para ele, a EPS é capaz de “*produzir mobilidades no território mesmo que esse território nos convoque a imobilidade*”. Esta produção de mobilidade é percebida na transformação das práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas nos territórios por onde o projeto tem passado, como observado nesse bloco de falas e amplamente discutido no capítulo anterior.

O Projeto se dispõe a ser um processo de Educação Permanente em Saúde para ACS e ATEnf, no momento em que coloca no seu cotidiano de trabalho a possibilidade de discutir o tema do uso de crack, álcool e outras drogas através de um processo crítico-reflexivo, que potencialmente gerará mudanças em seu cotidiano de trabalho. Porém, por meio dos relatos lidos, pude perceber a ampliação do processo de EPS também para os tutores. Segundo Ceccim (2005) a Educação Permanente em Saúde coloca o cotidiano do trabalho e da formação em análise potencializada

através de espaços coletivos de reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano. Por intermédio da expressiva indicação dos tutores uma das principais contribuições do Caminhos do Cuidado foi a possibilidade de troca de experiência e saberes. Podemos dizer que os mesmos estiveram diretamente ligados a um processo de educação permanente em saúde, visto que a interação entre esses profissionais fez repensar suas práticas cotidianas nos mais diferentes locais de trabalho.

O envolvimento dos tutores com a temática foi tão grande que muitos relatam que o processo formativo instigou a busca de mais conhecimento na área da saúde mental para trabalhar com essa população e até outras formas de aperfeiçoamento profissional, produzindo novas *mobilidades* na vida pessoal e profissional desses trabalhadores.

“Tem sido uma experiência muito importante para vida pessoal e profissional. O contato com esses profissionais possibilitou conhecer realidades diferentes e principalmente entender as estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental. Após o ingresso neste projeto foi necessário um aprofundamento acerca deste debate o que me impulsionou a buscar outras formações nesta área.”

“Com as aulas aumentou meu interesse pelos conteúdos teóricos relacionados ao cuidado e problemática sobre álcool e drogas. Assim, as aulas ficam mais interessantes e eu me torno uma profissional mais interessante também[...].”

“Muito aprendizado teórico e prático. Academicamente, um estímulo para a continuidade nos estudos na área de saúde mental e drogadição. Pretendo cursar mestrado nesta área (atualmente sou especialista em saúde mental)”

“Muito aprendizado, pois na sala de aula acontecem muitas trocas e a cada aula dada aprendo mais. Me fez também pesquisar sobre o tema para me apropriar mais sobre o assunto.”

Esse processo de refletir sobre novas possibilidades de intervenção no cotidiano só é possível a partir da reflexão das práticas adotadas até aquele momento, *produz auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado* (MERHY, 2005), disse-se assim um processo de Educação Permanente em Saúde. Ao longo dessa produção perceberemos outras “atitudes” que evidenciam esse fato, como: a mudança do olhar em relação ao usuário de drogas, a ampliação de habilidades para trabalhar com essa população, o despertar para uma atividade de docência, a ampliação de novos conhecimentos e o repensar do seu papel na equipe de saúde e na rede de serviços de saúde. A EPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está

dado, ampliar as noções de autonomia do outro e construir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A atividade de tutoria previa três momentos distintos: a formação presencial dos tutores, que era realizada nos diversos estados do país e que contava com candidatos dos mais variados municípios daquele estado; a realização das turmas de ACS e ATEnf, sendo que o tutor se deslocava para a cidade a ser realizada a turma e o último momento era a interação do tutor com o orientador e equipe pedagógica no ambiente virtual da Comunidade de Práticas ao longo da realização das turmas. Esses diferentes espaços de circulação do tutor proporcionaram-lhe a troca de experiências que os mesmos consideraram de grande importância para sua vida profissional. Porém, a equipe pedagógica percebia a subutilização do ambiente virtual como espaço de EPS, ficando por vezes esse ambiente sendo utilizado como depositário de tarefas.

O momento presencial da formação possibilitou interagir com os outros candidatos à tutoria, que, como requisito, deveriam compor a rede de atenção básica ou de saúde mental ou serem docentes dessas áreas. Em minha análise também pude perceber que muitos tutores consideraram esse espaço presencial importante para se reconhecer fazendo parte da Atenção Básica, para aqueles com vivência maior na saúde mental (*“trabalho em um Caps álcool e outras drogas e tem sido muito relevante levar esta temática para a Atenção Básica”*) e a ampliação dos cuidados em saúde mental para aqueles profissionais cujo foco de atuação estava centrado na Atenção Básica (*“estudo mais intenso da saúde mental o que não era muito trabalhado na Atenção Básica.”*).

Ceccim e Ferla (2008) nos fazem refletir sobre a necessidade de aproximação da saúde e educação tendo como travessia entre os dois a Educação Permanente em Saúde. Para esses autores, a EPS não seria apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de Educação na Saúde que se utilizaria do “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), ou seja, da união entre ensino, trabalho, gestão e cidadania (controle social e ligação de movimentos populares e sociedade civil).

Como poderemos perceber no bloco a seguir, a formação em crack, álcool e outras drogas, promovida pelo Caminhos do Cuidado para esses tutores proporcionou conforme traçado inicialmente -, como um dos objetivos da formação, a ampliação da

visão da Atenção Básica como um lugar de cuidado em Saúde Mental. Podemos perceber que há um reconhecimento, por parte desses tutores, da Atenção Básica como lugar de cuidado em Saúde Mental, assim como prevê o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), podendo este ser o primeiro passo para a travessia na superação da visão dicotômica do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na Atenção Básica.

“A formação fortalecerá as práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária, tendo como referência a política de saúde mental e a rede de atenção psicossocial. ”

“Mudança da visão reduzida que tinha sobre Atenção Básica. ”

“Um olhar ampliado, especialmente na interface entre a Saúde Mental e Atenção Básica. ”

“Formação profissional indiscutível não somente em relação ao tema das drogas, mas principalmente sobre os processos de trabalho da Atenção Básica e Saúde Mental, principalmente nos pequenos municípios com redes muitas vezes escassas e fragilizadas, sem os dispositivos associados sempre às possibilidades de cuidado, com processos vinculares de trabalhos fragilizados e sem autonomia de exercício. Atentar e descobrir como os profissionais lidam com todas as "impossibilidades", produzindo atos vivos de saúde em suas comunidades é, com certeza, a maior formação que o projeto poderia proporcionar.”

Como percebido nas falas, este espaço de formação trouxe como potência a possibilidade desses tutores se perceberem realizando práticas de cuidado na Atenção Básica que até então, eram vistas como dicotômicas - segundo discutido em outros momentos desta produção e evidenciados nos dados do PMAQ-AB. Os tutores também perceberam, através da formação e a posterior vivência nos municípios onde formaram turmas de ACS e ATEnf, que são possíveis atos cuidadores para usuários de álcool e outras drogas mesmo nos municípios que não possuem uma rede especializada de serviços em saúde mental.

5.4 Metodologia e ampliação dos conhecimentos

Outras categorias empíricas que apareceram com bastante frequência nos questionários foram a metodologia adotada na formação de tutores e posteriormente na formação de ACS e ATEnf e a grande contribuição da formação para ampliar conhecimentos sobre a temática do crack e outras drogas. Optou-se por fazer essa reflexão unindo essas duas categorias pela forte relação que as duas mantêm entre si.

Os tutores eram previamente selecionados através de currículo e os classificados eram convocados a participar da seleção/formação de tutores que acontecia em regime de imersão, totalizando cinco dias. O processo formativo também era uma etapa de seleção. Durante esse período eles puderam vivenciar a metodologia, o material didático e os conteúdos que seriam abordados nas turmas de ACS e ATEnf. A equipe pedagógica era responsável por fazer a mediação e problematização nesse espaço de formação.

A formação de tutores era realizada da mesma forma como aconteceria nas turmas de ACS e ATEnf, seguindo os mesmos eixos programáticos e as mesmas dinâmicas, vídeos, casos e rodas de conversa. Primeiro eixo: “Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental”. Segundo eixo: “A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnfs na Atenção Básica” e tendo como tema transversal a todas discussões a Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental no uso de álcool, crack e outras drogas.

A possibilidade de vivenciar o material didático da formação, as dinâmicas e discussões foram um dos pontos positivos da formação, apontados pelos tutores nos questionários. Um grupo composto por membros da equipe pedagógica e coordenação nacional elaborou o material didático da formação em saúde mental, que contou com Caderno do Tutor, Caderno do Aluno e Guia de Saúde Mental. Os cadernos contavam com os textos e roteiros a serem trabalhados em aula, bem como textos complementares.

“Gostaria de destacar a excelência de boa parte do material didático complementar (textos e vídeos) disponibilizados para os tutores.”

A equipe pedagógica tinha um papel fundamental no momento da formação dos tutores, pois eram os responsáveis por dar vida à metodologia, problematizar e instigar as discussões. A prática pedagógica se propunha a ser crítica, reflexiva e problematizadora, deixando de ser uma formação tradicional, centrada na figura do professor depositário de conhecimento, para ser uma formação dialética e compartilhada.

Paulo Freire (1996) propõe uma educação que enfatize a práxis no qual o sujeito busque soluções para a realidade em que vive e após a reflexão possa transformá-la. Ao contrário da educação tradicional, bancária e verticalizada, a

educação libertadora freireana se propõe a ser crítica, criativa, responsável e comprometida.

De acordo com Mitre et al. (2008), as metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizado, com o objetivo de se aproximar e motivar o estudante, pois diante do problema ele reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar as suas descobertas. No caso do Projeto Caminhos do Cuidado, além de utilizar-se da metodologia ativa, tomou-se como base os conceitos pedagógicos propostos por Paulo Freire.

A metodologia apareceu nos questionários com um expressivo número de respostas no que se refere aos aspectos positivos da formação e, também, aparece como sendo de grande contribuição para a formação profissional dos tutores, como podemos perceber no bloco de falas a seguir, levando a acreditar que metodologias ativas, como a utilizada no Caminhos do Cuidado, têm uma forte aceitação pelo seu caráter crítico-reflexivo, dinâmico e horizontal. A formação do Caminhos do Cuidado veio a reiterar a necessidade de se repensar novas práticas educativas para os profissionais de saúde, uma vez que a educação tradicional já não corresponde mais às expectativas e necessidades de profissionais submetidos a processos formativos de qualquer natureza.

Não é mais possível sustentarmos a noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, os gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais (MERHY, 2005).

Ao chamar esse processo do Caminhos do Cuidado de formação e não de capacitação ou treinamento, desvincula-se da ideia de um curso técnico-científico, esquadrinhado em um modelo biomédico da cura e reabilitação do “viciado”, para ser um processo reflexivo sociocultural e de descoberta de potencialidades. Para Freire (1994), “a pedagogia crítica não tem nada a ver com a estreiteza tecnicista e cientificista que caracteriza o mero treinamento”.

Podemos observar, a seguir, alguns relatos dos tutores considerando a metodologia importante para sua vida profissional, como docente e trabalhador de

saúde, e quanto a utilização de formas criativas de aprendizagem é potente para o processo formativo e para a construção coletiva de novas aprendizagens.

“Ressalto a proposta de metodologia ativa, a partir da subjetividade e do sujeito a construção coletiva na perspectiva de que todos têm algo a contribuir e que tudo pode vir somar no processo. ”

“A metodologia ativa utilizada no processo de aprendizagem ficou como experiência para outras áreas do meu dia a dia no trabalho. A metodologia foi incrível, manteve o interesse da turma e possibilitou o entendimento sobre o saber construído através de muitos olhares. ”

“As dinâmicas do curso, sociodrama e vídeos apresentados com ênfase em cada eixo temático possibilitam a compreensão dos conteúdos, debates, vivências refletidas e aprendizados que se apresentam no cotidiano do meu trabalho. “

“[...]O Caminhos do Cuidado é especialmente diferenciado no processo do "SABER", onde o domínio do conhecimento não está em indivíduos, mas na construção coletiva, nos valores multipessoas. Contudo, isso me possibilitou ampliar meu olhar da formação para um saber ampliado e compartilhado. “

“Como docente no ensino superior na área de enfermagem em saúde coletiva a metodologia utilizada foi extremamente importante para meu aprendizado. “

“[...] Enfim é a primeira vez que tenho oportunidade de trabalhar com algo que é estimulante desde o primeiro até o último encontro. “

Segundo Freire (1996), quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Ainda no bloco anterior, foi possível perceber que os tutores estiveram diretamente ligados ao efeito de ensinar-aprender-ensinar, pois um grande número deles relata que foi de extrema importância a troca de aprendizado e experiências com os ACS e ATEnf. Esse aprendizado mútuo foi possibilitado através da ação problematizadora realizada pelos tutores e pelas experiências da prática vivida no território por esses profissionais; a discussão da prática permite o retorno ao campo de trabalho com outras ferramentas para intervenção.

Na Educação Permanente em Saúde, o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores. É a partir da realidade, de suas práticas, das concepções que portam e de suas relações de trabalho que se constroem os processos educativos. (FEUERWERKER, 2014). Para essa mesma autora, a EPS parte do pressuposto de que somente desde a realidade local e da singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Acredito que o Caminhos do Cuidado foi um potente dispositivo de EPS na Atenção Básica e na Saúde Mental. Foi um intenso disparador de reflexões em todos

que passaram pela formação, um afetando o outro, em um constante processo de interação. O início desse processo se deu na formação dos tutores entre equipe pedagógica e candidatos a tutores, depois foi disparado territorialmente, de forma constante e simultânea entre tutores/tutores (presencial e virtualmente) entre tutores/ACS e ATEnf e entre ACS e ATEnf e suas correspondentes equipes de saúde da família e comunidades.

Essa troca de experiências e saberes possibilitou uma outra percepção entre os tutores. Os mesmos relatam que o processo formativo de tutores e o contato com as turmas de ACS e ATEnf permitiu o acúmulo de novos saberes ou a ampliação dos conhecimentos previamente adquiridos, o que fez com que esse profissional ampliasse sua caixa de ferramentas para a utilização no seu cotidiano de trabalho, como podemos perceber no segundo bloco de falas que seguem.

“Tendo a minha formação em Serviço Social, o Projeto está sendo de grande valia, visto que as experiências e vivências apresentadas tanto no processo de seleção tanto como Tutora ampliam nossos saberes profissionais articulando e multiplicando estratégias.”

“Contribuição na proximidade com a prática; a possibilidade de intervir na lógica hospitalocêntrica, disseminar conhecimento na área da saúde mental.”

“Aprendizado quanto ao processo educacional, ferramentas de gestão e aproximação do ensino-serviço.”

“O projeto contribuiu enormemente para o aperfeiçoamento da área técnica em Saúde Mental, da condução de casos no cotidiano do trabalho e da oportunidade de adquirir novos conhecimentos.”

“O projeto caminhos do cuidado está contribuindo muito na minha formação em diversos aspectos, aprendizagem, dinamismo, olhar ampliado e o quanto é produtivo quando a troca de experiências e saberes amplia as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde.”

“Muita contribuição. Primeiramente com a formação de tutores que foi de muito engrandecimento e de uma riqueza ímpar de conhecimento para minha formação enquanto profissional, uma vez que atuo como psicóloga em CAPS AD III. E crescemos ainda mais no processo de construção e troca de conhecimentos que acontecem nos encontros com ACS e ATEnf. Uma oportunidade maravilhosa.”

“Muitas contribuições, sendo que a principal delas foi o conhecimento adquirido durante o processo de capacitação presencial que com certeza contribui muito para melhorar a nossa prática profissional.”

Dentre os aprendizados adquiridos pelos tutores posso destacar a Redução de Danos como o tema que apareceu com mais frequência, tanto que mereceu uma categorização específica, já que é um dos eixos centrais da formação, junto com a reforma psiquiátrica - ao mesmo tempo em que alguns tutores colocam a necessidade

de ampliar a discussão sobre redução de danos na carga horária destinada à formação de tutores. Essas duas informações me levam a refletir em dois aspectos: se os tutores relatam que ampliou o conhecimento sobre redução de danos posso inferir que eles desconheciam a estratégia ou conheciam pouco, insuficiente para aplicar os conceitos da RD no cotidiano de trabalho. Outro aspecto a considerar é a necessidade de ampliar a carga horária destinada ao tema, levando a acreditar que essa é uma temática ainda nova para grande parte dos profissionais de saúde e que a discussão não se esgotou durante os processos formativos.

A Redução de Danos foi colocada em uma categoria específica pela sua forma explícita de aparecer nas “falas” dos tutores como sendo um aprendizado e também por uma curiosidade da pesquisadora em saber o quanto a temática mobilizou esses profissionais. Dentro da categoria que chamei de “Ampliação de conhecimentos e aprofundamento teórico/prático”, os tutores relatam que ampliaram seus conhecimentos sobre saúde mental, conhecimento técnico específico, estratégias de cuidado, aproximação com conceitos, linhas de cuidado, novas abordagens em saúde mental, cuidado integral, construção de um novo olhar, dentre outros ou simplesmente aqueles que relataram que ampliaram conhecimentos/aprendizagem.

Digo isso porque temos a Redução de Danos como uma estratégia de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, que se coloca contra-hegemônica no tratamento dessa população, pois desinstitucionaliza e desmedicaliza o cuidado, além de tornar o usuário o protagonista dessa relação durante o tratamento. Com base nesse argumento posso me ariscar a dizer que, mesmo aqueles tutores que não relataram explicitamente a Redução de Danos como conhecimento ampliado, foram tocados pela temática quando disseram que aprenderam sobre a construção de um novo olhar e novas abordagens em saúde para um cuidado integral. A temática da Redução de Danos segue no terceiro bloco de falas dos tutores.

(Falando da contribuição do Projeto para sua formação) “Toda, não possuía formação alguma para trabalhar com redução de danos, e atualmente já estou formando grupos dentro das UBS do município em que trabalho para atuarmos diretamente com os familiares dos usuários, pois assim poderemos conseguir uma adesão maior. ”

“Ampliação da compreensão das questões relativas à Redução de Danos.”

“ O projeto ampliou minhas percepções a respeito do cuidado em saúde mental, sobretudo na questão do álcool, crack e outras drogas,

assim como redução de danos. Após a formação, me interessei pelo tema e tenho aprofundado cada vez mais os conteúdos. ”

No Brasil, a estratégia de redução de danos teve início em 1989, na cidade de Santos/SP, onde se concentrava um número muito grande de casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. Através da atuação do médico sanitário David Capistrano, foi implementado o programa de distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis. Mesmo com o cenário nacional promissor a novas discussões no campo da saúde pública, pois estávamos em pleno movimento da reforma sanitária, David Capistrano e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, de Santos,¹¹ sofreram uma ação judicial por adotarem a Redução de Danos, sendo acusados de incentivarem o uso de drogas. Esta situação pôs em evidência a contradição do Estado, na medida em que o poder judiciário suspendeu o direito, recém conquistado, de acesso universal à saúde, sendo a Redução de Danos uma estratégia de defesa da vida e da democracia. A negação do Estado à redução de danos evidencia cada vez mais o poder disciplinador da justiça, psiquiatria e cristianismo - que fazem uso da abstinência como forma de intervenção e penitência.

Segundo Machado (2006) no ano de 1982, foi constatado o primeiro caso de AIDS no Brasil. A ocorrência da doença foi, a princípio, associada a homossexuais de classe média alta. Por esse motivo, havia, entre as autoridades sanitárias, controvérsias quanto à necessidade de abordagem dessa doença no setor público de saúde. Em função de preconceitos e da falta de compreensão dos riscos que a doença colocava para a população em geral, o poder público resistia a abordar esse fenômeno. Porém, a rápida expansão da doença para outros segmentos - hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e heterossexuais – e a possibilidade de sua expansão para grande parte da população colocaram como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle da AIDS.

Para Machado e Boarini (2013), a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de

¹¹ A cidade de Santos era considerada como “capital da AIDS”, cidade portuária, a maior da América Latina, lugar de trocas e encontros de todas as ordens, ponto estratégico para o tráfico internacional de drogas. Segundo Mesquita (1991), 51% dos casos de AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para uso de drogas injetáveis.

todos, assim como o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites.

Para Andrade (2011), a redução de danos passou de uma prática médico-sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida, muitas vezes, à troca de seringas, para uma concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, têm como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população-alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo.

De acordo com Peterson et al. (2006), a perspectiva da redução de danos ainda encontra resistências na maioria das sociedades e, mesmo entre os próprios usuários de drogas, que muitas vezes encaram a abstinência como único meio de recuperação para a dependência. Proponentes da redução de danos têm sido acusados de apoiarem o uso continuado de drogas, sabotando os esforços dirigidos à abstinência e indo de encontro às políticas sociais instituídas.

A redução de danos se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado, tendo como um dos principais desafios a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do Sistema Único de Saúde (PASSOS; SOUZA, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo representa a finalização de duas importantes caminhadas na minha vida profissional e acadêmica, o encerramento da pesquisa de Mestrado e a finalização do Projeto Caminhos do Cuidado em todo território nacional. Os dois aconteceram, praticamente, concomitantes, em minha vida e foram responsáveis por um marcador importante de amadurecimento pessoal e profissional. O mestrado aumentou ainda mais meus questionamentos, ampliando minhas interrogações, ficando, assim, a plena certeza da necessidade de ampliação do meu campo de estudos na Saúde Coletiva, que já conta com uma vasta lista de autores para as próximas leituras. Findam duas etapas e segue uma caminhada pelo campo da Saúde Coletiva, produzida pelo “contágio” com esse campo, inicialmente na graduação e, posteriormente, amadurecido e tomado como parte da trajetória profissional projetada para o futuro pelo Mestrado. O início do percurso no Mestrado foi um teste importante à capacidade de deixar-me mobilizar e alimentar o desejo pela Saúde Coletiva, mas, com o caminhar pelo curso, pude encontrar-me com a pesquisa e com o Projeto.

A aproximação com a pesquisa foi uma grata surpresa em minha vida e um vício que faço questão de manter. Quero continuar me desafiando a produzir escritas mais livres, conforme estimulado pelo Prof. Ricardo Ceccim e que foi motivo de muitas crises durante o processo de escrita dessa dissertação. Como diz Nietzsche, no entanto, “é necessário ter o caos cá dentro, para gerar uma estrela”.

A participação no Projeto Caminhos do Cuidado, no que diz respeito à Coordenação Macrorregional, além de me despertar para esta pesquisa, proporcionou conhecer uma dimensão importante da gestão de uma Política Pública de Saúde, com suas singularidades territoriais e seus modos de interlocução e articulação. Esse espaço também foi rico para autoconhecimento de potencialidade e, da mesma maneira de fragilidades. Por muitas vezes tive que ser muito resiliente para continuar o caminho. A resiliência aqui não expressa apenas a capacidade de resistir aos vetores de força que agiram sobre meu corpo desde o “lado de fora”, mas também o dobrar-se sobre turbilhões que pediam caminho desde o próprio corpo. Ao ocupar o espaço de gestão do projeto acabei, em função das atividades exercidas, por me distanciar de espaços que pudessem evidenciar ou proporcionar a escuta das mudanças nas práticas do cotidiano do trabalho da Atenção Básica - proporcionada

pelo Caminhos do Cuidado. Essa crescente curiosidade foi o motivo que me levou a querer realizar esta pesquisa. Neste momento resgato, mentalmente, o objeto desta pesquisa e a curiosidade que me moveu a fim de finalizar essa produção e poder deixar ao leitor minhas impressões sobre essa caminhada.

Por meio da análise dos dados do PMAQ-AB, pude perceber que, de fato, o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica era um desafio para as equipes de saúde, evidenciando a necessidade de estratégias de Educação Permanente em Saúde que oportunizassem a aproximação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, como preconizado pelo Ministério da Saúde, através do Caminhos do Cuidado. Os questionamentos relativos aos usuários de álcool e outras drogas, que constam na avaliação externa do PMAQ-AB se mostraram de extrema importância para a avaliação da oferta de serviços na Atenção Básica para essa população. Por esse motivo, sugiro a manutenção e até aperfeiçoamento dessas questões para os próximos ciclos do PMAQ-AB.

Em relação à análise dos formulários de participação dos tutores do Caminhos do Cuidado, posso dizer que a categorização temática e posterior análise das questões selecionadas, foi um grande desafio. Ainda não havia trabalhado com a análise de conteúdo nem com o software NVivo 10, o que requereu suporte de uma pessoa especializada no programa. Após a categorização percebi a diversidade de categorias empíricas (ANEXO A) que foram encontradas o que me desafiou a delimitar minha análise de pesquisa. As categorias tematizadas são muito diversas, falam também, de outras dimensões do Projeto, que não apenas as discutidas nessa dissertação, como questões de infraestrutura das formações e relacionadas diretamente à equipe pedagógica. Por essa razão, essas categorizações podem servir para outras avaliações a serem feitas pelas Instituições que coordenaram o Projeto ou para o planejamento de outros. A categorização temática gerada nessa análise resultou em quatro principais eixos de discussão, que são: Quebra de paradigmas e mudança de olhar em relação ao usuário de álcool e outras drogas; Ampliação da clínica; Troca de saberes e experiências e Metodologia e ampliação de conhecimentos. Pelo diagnóstico realizado a partir dos formulários preenchidos pelos tutores, evidenciou-se que houve um deslocamento da imagem dos usuários de álcool e outras drogas, que deixaram de ser vistos com receio e preconceito para serem vistos como indivíduos com desejos, singularidades e histórias de vida, abrindo-lhes

a possibilidade de serem cuidados por estes profissionais nos serviços de saúde. Aliado à mudança de comportamento, evidenciou-se que os tutores conseguiram perceber novas possibilidades de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e compreenderam a Atenção Básica como espaço privilegiado para esse cuidado. Posso dizer que o Caminhos do Cuidado se mostrou como uma potente estratégia de mudança nas práticas de cuidado para usuários de álcool e outras drogas, configurando um primeiro passo para a oferta de cuidado a esses indivíduos na Atenção Básica.

Apesar de os tutores do Caminhos do Cuidado também serem profissionais da Atenção Básica, é possível supor que esta formação, pontual, não será suficiente para mudar completamente conceitos e práticas adotadas ao longo de muito tempo. Por essa razão será necessária a manutenção de processos de Educação Permanente em Saúde com a mesma temática para outros profissionais. Inclusive pelo fato de que, nas práticas do cotidiano, conceitos e imagens se transformam, mas também se reapresentam, que esse não é um processo linear e isento de tensões e contradições. É de extrema importância os profissionais da AB estarem afinados com a proposta do Caminhos do Cuidado para que possam acolher as demandas vindas do território, geradas a partir do processo formativo dos ACS e ATEnf. Poderemos, assim, também, evidenciar mudanças em futuras avaliações do PMAQ-AB. Sobretudo, é fundamental que as questões que emergem sempre e por todos os lados no cotidiano do trabalho sejam objeto de autoanálise dos trabalhadores e das equipes, tornando-as dispositivos de adensamento das práticas e desenvolvimento do trabalho, conforme nos sinalizam Ceccim e Ferla (2008).

O Projeto Caminhos do Cuidado colocou o cotidiano do trabalho e a formação dos tutores em análise, potencializada através dos espaços de troca vivenciados por eles na formação de tutores, nos encontros com ACS e ATEnf, bem como nos municípios por onde passaram. Esse espaço de Educação Permanente em Saúde fez despertar nos profissionais envolvidos novas possibilidades de cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas, estimuladas, também, por uma metodologia de formação crítica-reflexiva. A formação e o convívio com as turmas de ACS e ATEnf, ainda, proporcionaram, além disso, o acúmulo de novos saberes, ampliando, dessa forma, assim sua “caixa de ferramentas”, a ser utilizada no cotidiano do trabalho. Dentre as aprendizagens adquiridas a Redução de Danos foi a mais citada pelos

tutores, a qual ainda aparece como uma temática desconhecida a muitos profissionais. O trabalho comprometido com o cuidado produz invenções e é fundamental que essas invenções tenham condições de atravessar as práticas e serem compartilhadas pelos diferentes atores.

O formulário de avaliação utilizado nesta pesquisa foi enviado aos tutores em meados de 2014, durante a execução das turmas de ACS e ATEnf. Seria conveniente, portanto, fazer uma nova avaliação desses tutores participantes do Caminhos do Cuidado após o término do Projeto. A nova pesquisa teria a intenção de saber se a afetação promovida pelo Projeto se mantém e houve adoção de novas estratégias de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas nos seus cotidianos de trabalho, motivada pelo Caminhos do Cuidado. Do mesmo modo, é importante que se mantenha no instrumento do PMAQ-AB o conjunto de questionamentos acerca da articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental no cotidiano das equipes, para permitir o seguimento do monitoramento da iniciativa lançada pelo Caminhos do Cuidado.

Em muitos momentos durante o Projeto, quando deparávamos com as dificuldades na sua execução, por muitas vezes usamos a metáfora do trilho e da trilha para explicar o momento que estávamos vivendo. Caminhar sobre o trilho poderia ser mais fácil; o caminho era reto e o percurso bem definido, porém, escolhemos construir trilhas, como aqueles que desbravam o novo, o desconhecido. Aqueles que trilham são pessoas que abrem caminhos, constroem novos rumos por onde jamais se havia caminhado. É assim que percebo o Caminhos do Cuidado: um desbravador de trilhas.

Ofertar uma proposta de EPS para 292.196 trabalhadores de saúde, em um período de 22 meses, em todos os estados da federação - quase 100% dos municípios do país recebendo a temática do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na AB – só foi possível, com certeza, abrindo muitas trilhas, desbravando muitos caminhos, comendo muita poeira pelo sertão nordestino, pegando muito vento minuíano pelo pampa gaúcho, atravessando muito rio no Amazonas e muitos outros desafios também, inclusive os políticos. Mas, é vista a faixa de chegada, com a meta enquanto trabalhadora do Projeto cumprida e, com esta dissertação finalizada, com resultados igualmente muito positivos, constatando efeitos do Caminhos do Cuidado na vida desses trabalhadores e no cotidiano da Atenção Básica, encerram-se algumas

curiosidades que moveram essa pesquisa. Digo “algumas” pois, para o pesquisador, curiosidades são eternas.

...

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2015.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. **Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Convergência entre a Saúde Pública e os Direitos Humanos**. Revista de Direito Sanitário (RDisan), v.13, n. 3, nov.2011/fev. 2013. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/56241-70913-1-sm.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOFF, L. **Saber Cuidar Ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/32679.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. **Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília, DF, 1938. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.html>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. **Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1980. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-norma-pe.html>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 04 maio 2014.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 04 maio 2014.

_____. **Lei nº. 5.726 de 29 de outubro de 1971.** Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, DF, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 16 jun. 2104.

_____. **Lei nº. 6.368 de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica-Saúde Mental.** v. 34, Brasília, 2013. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Projeto Caminhos do Cuidado: Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família-em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas.** Brasília, 2013a.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil.** 2013b. Disponível em: <<http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, 2005. p. 161-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, 2008. p. 443-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 jul. 2015

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004. p. 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004>. Acesso em 21 jul. 2015.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE P, (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

DIAS, R.; MACERATA, I. Experiência e cuidado: a experimentação como via de composição entre Redução de Danos e Atenção Básica. In: RAMMINGER, T., SILVA, M. (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S., NEVES, R. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suppl. 4, 2008. p. 545-557. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007>. Acesso em: 14 ago. 2014.

FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil. In: FERLA, A. A.

et al (org.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FEUERWERKER, L. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FOSSI, L. B. **Os doze passos do Governo das vidas nas comunidades terapêuticas**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Gradil, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W.S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

LEITE, A.L.S.; PAULON, S. Atenção Básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PAULON, S., NEVES, R. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

MACERATA, I. Vulnerabilidades do usuário e vulnerabilidades da atenção: apontamentos iniciais para uma clínica de território na Atenção Básica. In: RAMMINGER, T., SILVA, M. (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 33 n. 3, 2013. p. 580-595. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 13 ago. 2015.

MENICUCCI, T. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, 2006. p. 72-87. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0319.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. 2013.

Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. O desafio que a educação Permanente em Saúde tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, set.2004/fev.2005. p.161-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. **Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **EPS em movimento. 2014**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=o-nApG0Wgks> 2014>. Acesso em: 16 ago. 2015.

MESQUITA, F. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, A (Org.), **Saúde Loucura 3**. São Paulo: Hucitec, 1991.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. IN: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008a.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 Suppl 2, 2008. p. 2133-2144. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 ago. 2015.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para o tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, 2008. p. 121-133. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017>. Acesso em: 10 mar. 2015.

NEVES, R.; PAULON, S. Apresentação. In: PAULON, S., NEVES, R. (orgs). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

OGATA, L.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de crack no Brasil. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Characterization of the crack cocaine in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. p. 664-671. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400012>. Acesso em 12 jun. 2014.

PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.1, 2011. p. 154-162. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2015.

PETERSON, J. et al. Abstinência versus redução de danos: questões conflitantes ou complementares entre usuários de drogas injetáveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, 2006. p. 733-740. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n4/03.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

PETUCO, D. R. S. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack**. 2011. 140 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial out., 2014. p. 358-372. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S010311042014000600358&lng=pt>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, 2011. p. 4579-4589. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

RAMMINGER, T. Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

RODRIGUES, E. V. **Ensaio cartográfico, relatando a vivência da implantação de um projeto de educação permanente: o Projeto Caminhos do Cuidado**. Monografia (Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação

e Ensino Da Saúde)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

UFRGS. Rede Governo Colaborativo em Saúde. **Relatório Técnico de Execução da Proposta de Projeto: Avaliação da Atenção Básica no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ)**. Porto Alegre, 2013.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO PMAQ-AB



Porto Alegre, 28 de agosto de 2014.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Alcindo Antônio Ferla, Coordenador do Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, entre a UFRGS e o Ministério da Saúde, responsável pela coleta e gestão dos dados coletados na etapa de avaliação externa, autorizo a utilização do banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para contribuição na pesquisa intitulada “***Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: analisando a convergência de políticas de atenção básica e saúde mental no cotidiano das equipes de saúde da família.***”

Prof^o Dr. Alcindo Antônio Ferla
Coordenador da Rede Governo Colaborativo em saúde



SEDE: Rua João Pessoa 155 – 3^o andar, Centro Histórico POA- RS

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO



Porto Alegre, 28 de agosto de 2014.

AUTORIZAÇÃO

Eu Régis Cunha de Oliveira, Coordenador Executivo do projeto interinstitucional Caminhos do Cuidado, autorizo a utilização do banco de dados sobre a avaliação dos tutores nas atividades de formação do Projeto Caminhos do Cuidado para contribuição na pesquisa intitulada “***Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: analisando a convergência de políticas de atenção básica e saúde mental no cotidiano das equipes de saúde da família.***”

A handwritten signature in blue ink that reads 'Régis Cunha de Oliveira'. The signature is written in a cursive style and is placed over a light blue rectangular background.

Régis Cunha de Oliveira
Coordenador Executivo do Projeto Caminhos do Cuidado



SEDE: Rua João Pessoa 155 – 3º andar, Centro Histórico POA- RS

ANEXO C - FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO DOS TUTORES DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO

Dados Pessoais

2) Estado:

Pesquisa

6) Qual a sua classificação na formação de tutor?

- Tutor Titular
- Tutor Suplente

7) Como você avalia o processo de formação de tutor realizada presencialmente (40 horas)?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Insuficiente

8) Como você avalia os itens abaixo vivenciados durante o processo de formação de tutor realizada presencialmente (40 horas)?

	Ótima	Boa	Regular	Insuficiente
Abordagem pedagógica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metodologia:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conteúdo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carga-Horária:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infra-Estrutura:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) Deseja apontar outros aspectos positivos que podem ser destacados do processo de formação de tutor realizada presencialmente (40 horas)?



10) Deseja apontar outros aspectos negativos que podem ser destacados do processo de formação de tutor realizada presencialmente (40 horas)?



11) Como você avalia o processo de formação de tutor realizada à distância, mediada pelo Orientador, na Comunidade de Prática?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Insuficiente

12) Que aspectos positivos podem ser destacados do processo de formação de tutor realizada à distância, mediada pelo Orientador, na Comunidade de Prática?



13) Que aspectos negativos podem ser destacados do processo de formação de tutor realizada à distância, mediada pelo Orientador, na Comunidade de Prática?



14) Você já formou turmas de ACS e ATEnf?

- Sim
- Não

19) Qual o seu interesse em formar novas turmas?

- Possui interesse
- Não possui interesse

20) Que fatores o impedem de formar novas turmas?

- Falta de tempo
- Questões relacionadas à infra-estrutura (pagamento de bolsa, ajuda de custo, diárias, transporte e alimentação)
- Problemas de liberação do gestor/empregador
- Problemas com a execução das turmas (formação presencial de ACS e ATEnf)
- Dificuldades para participação nas Comunidade de Práticas
- Distância geográfica da formação
- Não identificação com o conteúdo do curso
- Não identificação com a metodologia do curso
- Dificuldades em relação à formação de duplas de tutores
- Dificuldades em relação ao trabalho em duplas de tutores
- Outros

22) Como se dá a sua participação na Comunidade de Prática (CDP) com seu orientador?

- Não participa
- Participa raramente
- Participa ativamente

23) Qual a sua periodicidade de acesso/participação à Comunidade de Prática?

- Diariamente
- Três vezes por semana
- Uma à duas vezes por semana
- Menos de uma vez por semana
- Mensalmente

- Apenas para postar os materiais e tarefas da formação de ACS e ATEnf
- Não acesso/participo

24) **Quais as dificuldades que você tem encontrado para o acesso às Comunidades de Prática?**



25) **Quais as potencialidades que você percebe em relação ao trabalho realizado com o seu orientador de aprendizagem?**



26) **Quais as dificuldades que você apresenta em relação ao trabalho realizado com o seu orientador de aprendizagem?**



27) **Você tem apresentado demandas para o orientador de aprendizagem?**

- Sim
- Não

29) **Para a formação de (novas) turmas de ACS e ATEnf, qual a sua disponibilidade?**

- Estou disponível
- Não estou disponível

30) **Quais os dias de semana em que você disponibilizou para a formação de turmas de ACS e ATEnf, no processo de seleção?**

- Segunda-feira
- Terça-feira
- Quarta-feira

Quinta-feira

Sexta-feira

31) Ocorreu alguma alteração em relação aos dias de semana você se disponibilizou para a formação de turmas de ACS e ATEnf?

Sim

Não

33) Qual(is) a(s) contribuição(ões) do Projeto Caminhos do Cuidado para sua formação?



34) Qual(is) a(s) contribuição(ões) do Projeto Caminhos do Cuidado para o seu processo de trabalho?



35) Como você percebe a articulação do Projeto no território (coordenação estadual, de saúde mental, de atenção básica, COSEMS, ETSUS, macrorregional, executiva, pedagógica, educadores e apoiadores): *



APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Francéli Francki dos Santos, Brasileira, inscrito (a) no CPF/ MF sob o nº 004146630-63, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao banco de dados do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, a que tiver acesso nas dependências da Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não se apropriar para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Porto Alegre, 04 de agosto de 2014



Francéli Francki dos Santos- aluna PPGOL/UFRGS

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Francéli Francki dos Santos, Brasileira, inscrito (a) no CPF/ MF sob o nº 004146630-63, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao banco de dados de Avaliação dos Tutores do Projeto Caminhos do Cuidado, a que tiver acesso nas dependências da Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não se apropriar para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Porto Alegre, 04 de agosto de 2014



Francéli Francki dos Santos-aluna PPGCOL/UFRGS

APÊNDICE C- TABELA DE CATEGORIAS

Nome	Referências
Contribuição para a formação	763
Ampliar habilidades para atendimento aos usuários e trabalho	155
Aprendizado sobre redução de danos	40
Aproximação com a AB	17
Aproximação com a SM	17
Conhecer pessoas novas, realidades, trocas	55
Contribuir para a formação dos profissionais	19
Crescimento pessoal, profissional, aperfeiçoamento	75
Currículo, experiência	48
Despertar, aprimorar habilidades para a docência e grupos	49
Educação Permanente	4
Estímulo para o trabalho na saúde pública, motivação	16
Fortalecer a SM na AB	10
Fortaleceu trabalho em equipe	10
Inquietação em relação à temática buscou estudar mais	29
Metodologia	59
Mudança de paradigmas e olhar em relação ao usuário	137
Necessidade de políticas públicas, articulação entre a rede	5
Novos ou ampliação de conhecimentos, aprofundamento teórico e prático	304
O aprendido pode ser usado em outras áreas	3
Política importante para a sociedade e sente feliz em fazer parte	10
Refletir sobre as práticas cotidianas e nas equipes	16
Sente segura para trabalhar com o tema	17
Troca de aprendizado e experiência com ACS	141
Pontos Negativos da formação	316
Carga horária	130
Aproveitamento do tempo	10
Atrasos	6
Cansativo	34
Carga horária menor	8
Carga horária insuficiente	63
Equipe Pedagógica	94
Abordar outros temas ou ampliar o já discutido	28
Avaliação dos tutores	19
Dificuldade de interação, manejo entre EP e a turma	6
Falta de encontros presenciais	5
Falta de entrosamento e planejamento da EP	4
Falta de informações sobre a formação e pós	6
Pouco acúmulo conceitual e despreparo	10
Pouco participativa, engessada	14
Relacionar mais com a prática	3
Trabalhar mais a temática da RD	17
Infraestrutura, logística	47
Hospedagem distante da formação	9

Pagamento ajudas de custo, bolsas	8
Liberação dos gestores para participar	3
Material didático, conteúdos	6
Metodologia, organização e aproveitamento atividades	23
Momento EAD	29
Plataforma Sagu e CDP	9
Restrito a Acs e ATEnf	6
Seleção dos tutores	4
Ser uma formação pontual	3
Pontos Positivos da formação	419
Acolhimento, responsabilidade e receptividade de uma forma geral	12
Atividades divididas em grupos	9
Carga horária	2
Contato com o orientador	2
Contato com profissionais da AB	1
Equipe Pedagógica	138
Acolhimento, disponibilidade da equipe	25
Conhecimento da equipe, entrosamento e condução	80
Diversidade de Profissionais de EP	7
Integração entre EP e candidatos	10
Processo avaliativo	3
Profissional da EP que trabalhou RD	8
Exemplos práticos	3
Importância para os ACS e AB	1
Logística, organização, estrutura	39
Ser no mesmo estado e no mesmo local hospedagem e formação	10
Material didático, conteúdo	29
Metodologia da formação	111
Dinâmico, dinamismo	15
Discussões, vídeos, dinâmicas, sociodrama	46
Participação dos educadores	1
Quebra de paradigmas e ampliação do olhar para o usuário	20
Reflexões e ampliação e aprendizado de novos conteúdos	30
Troca de saberes entre diferentes estados, municípios e profissionais	125
Vivenciar a formação dos ACS e ATEnf, as dinâmicas OK	18