

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Educação Permanente no Processo de Trabalho
de um Centro de Atenção Psicossocial**

Maria Carolina Pinheiro Meirelles

Pelotas, 2009

MARIA CAROLINA PINHEIRO MEIRELLES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE TRABALHO
DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Álvaro Moreira Hypolito
Co-Orientadora: Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2009

Folha de Aprovação

Autora: Maria Carolina Pinheiro Meirelles

Título: Educação Permanente no Processo de Trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 11/12/2009

Banca examinadora

Dr. Álvaro Moreira Hypolito (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Liane Beatriz Righi (Titular)
Universidade Federal de Santa Maria

Dr^a. Valéria Cristtelo Coimbra (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Rita Maria Heck (1^a Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Maria Cecília Lorea Leite (2^a Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus amados pais e avós maternos e paternos, que foram os grandes responsáveis por meus valores e educação adquiridos, ao longo do tempo que pude desfrutar de vossas companhias e ensinamentos, e que hoje fazem muito de quem eu sou. Com eles, atores únicos, aprendi a importância da justiça, da tolerância e do amor incondicional às pessoas.

Ensinaram-me que não somos perfeitos, que cometemos acertos e erros, mas que podemos aprender a sermos melhores a cada dia e capazes de também ensinar nossos filhos e netos, fazendo da vida o espaço real de nossa permanente educação.

Deles, agora só tenho minha mãe aqui comigo, e ainda estamos unidas aprendendo a viver, mas um dia, estaremos todos juntos, e que Deus me proteja de fazer qualquer coisa que possa impedir ou retardar este momento.

Agradecimentos

A **Deus** pela certeza de nunca estar só, pela paz que me aquieta e pela luz que aponta minhas escolhas, me fazendo sujeito da produção da minha vida;

Aos **meus pais, avós e tios** que me subsidiaram e colaboraram com meus estudos, em especial minha mãe, que teve a coragem de muito cedo suportar o medo do afastamento de uma filha e me deu a responsabilidade e a possibilidade de lançar vôo, e conquistar minha liberdade, construir minha vida. E que ela como costureira “bateu muita máquina” para garantir.

À minha **amada filha Cláudia Meirelles** pela criticidade adolescente, que me faz valorizar todas as fases da vida sem me permitir o comodismo da maturidade e pelo amor que me sustenta, me orgulha e me faz feliz sem fim;

À minha irmã **Ana Luiza**, minha sempre amada maninha, por me ensinar as fragilidades humanas, e a capacidade de amar e perdoar;

Aos meus **orientadores Álvaro Hypolito e Luciane Kantorski** pela confiança em mim depositada, pelos incentivos, orientações competentes, amorosas e desafiadoras, que conduziram minha trajetória de estudo, e a quem admiro por seus posicionamentos diante do ensino acadêmico e exercício da cidadania;

Aos **professores** da Faculdade de Enfermagem da UFPel, que foram alicerces na construção de minha vida acadêmica e profissional da graduação ao mestrado;

À **Miriam Dias e Ricardo Ceccim**, com quem tive o privilégio de trabalhar na SES/RS, e que sem dúvida são responsáveis por minha paixão pela saúde Mental e pela Educação em Saúde;

À **Judete Ferrari e a Maria do Horto Salbego**, pela acolhida pessoal e do estudo, e aos demais profissionais da saúde mental de Alegrete. Bravos mentaleiros, que nunca passarão, pois também são passarinhos, livres para permanecerem na memória viva e permanente de suas histórias¹.

À **Liane Righi**, quem admiro pela capacidade de aproximar a teoria e a prática, no campo da gestão em saúde e que me motiva a enfrentar este desafio;

À **Jurema Vitória** por todos os colos e escutas desde meus primeiros anos de faculdade, pois sem eles meus caminhos seriam muito mais difíceis;

Ao **Roberto Meirelles**, pela nossa filha, eterno amor, com quem tive extrema felicidade em ter compartilhado minha vida;

Aos muito amados **Isabel e Cleiman**, amigos de uma história de vida e de trabalho, que ampliam minha família, pois são meus irmãos, e que sabem que estejamos onde estiver sempre estaremos prontos a nos abraçar, para rir de qualquer coisa ou para chorar se preciso sempre nos cuidando;

Aos tantos outros **colegas e amigos** que me apoiaram, incentivaram e contribuíram na concretização deste desejo. Em especial os trabalhadores da atenção ou da gestão em saúde que muito estudam, trabalham e produzem conhecimento sem a visibilidade e a valorização merecidas; e aos parceiros das andanças da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, com quem divido a materialização de nossos ideais, através dos projetos, dos enfrentamentos políticos e técnicos, e as possibilidades de real aproximação entre ensino e serviço;

E ainda, as minhas **paixões e amores**, que me fazem cheia de vida e afeto, com vontade de viver, cantar e cantar e não ter a vergonha de ser feliz..., como dizia Gonzaguinha;

¹ Como lembra o célebre poeta Alegretense, Mário Quintana em seu Poema do contra: "Todos que estão aí atravancando meu caminho. Eles passarão. Eu passarinho!"

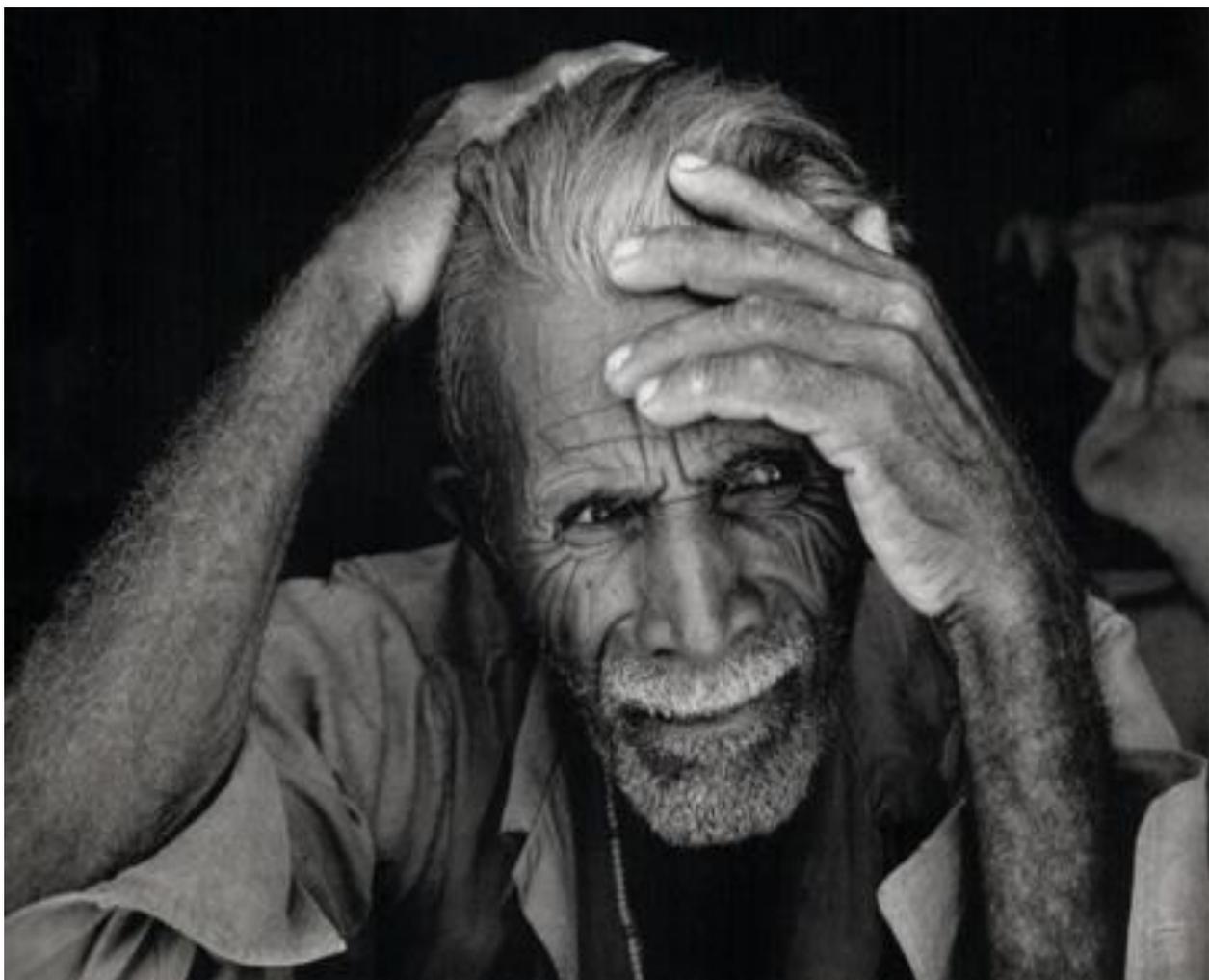


Foto de Sebastião Salgado

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

Resumo

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. **Educação Permanente em Saúde no Processo de Trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**. Data da defesa: 11/12/2009. 128f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde). Álvaro Moreira Hypolito. Orientador. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho objetiva reconhecer experiências e práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de uma investigação descritiva e analítica de abordagem qualitativa, do estudo de caso de um CAPS do Rio Grande do Sul, oriundo de um dos subprojetos da pesquisa CAPSUL, baseada na Avaliação de Quarta Geração. Foram coletados dados das entrevistas realizadas com 27 profissionais do CAPS, através da aplicação do Circulo Hermenêutico Dialético, de 390h de observações de campo de 03 pesquisadores, e das observações que incluiu a oficina de validação e a reciclagem de dados. A análise foi realizada de acordo com a Hermenêutica Dialética, contemplando o contexto histórico, a descrição do serviço, a consolidação dos dados por atividades coletivas, e a sistematização em três categorias: diversidade de atores; horizontalidade das relações; problematização e resolutividade. O estudo possibilitou confirmar que muitas das atividades coletivas realizadas em um CAPS podem ser reconhecidas como EPS, ao apresentarem características como a participação, inclusão e valorização de diversos atores, gestão, educação em saúde, planejamento de ações, avaliação das práticas e resolução de problemas. Essas atividades são as oficinas de alfabetização e de saúde mental coletiva, as reuniões de equipe com discussões de casos, as rodas do saber, as assembléias e as atividades de mobilização comunitária. Embora este estudo não permita concluir que em qualquer processo de trabalho possam ser reconhecidas ações de educação permanente, considerando que as atividades de EPS são determinadas pelo modo como são operadas, contribui para apontar as características que as valorizam como tecnologias de trabalho extremamente eficazes na qualificação da atenção à saúde e que podem ser desenvolvidas nos diversos serviços de saúde.

Palavras Chave: Educação Permanente em Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Processo de Trabalho. Atividades Coletivas.

Abstract

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. **Permanent Education of Health in the Labor Process of Psychosocial Care Center**. Defense date 2009: 11/12/2009. 128f. Thesis (Master Degree). Graduate Program in Nursing, Areas of Study: Social Practices in Nursing and Health (Research focus: Practices of Management, Education, Nursing and Health). Álvaro Moreira Hypolito (Advisor). School of Nursing and Obstetrics. Federal University of Pelotas, Pelotas.

This work aims to recognize experiences and practices of education on health (EPS) in the labor process of a Psychosocial Care Center (CAPS). This is a qualitative, descriptive and analytical study, based on the case study of a CAPS in Rio Grande do Sul, which comes from CAPSUL research that is a study of Evaluations Fourth Generation. Data were collected from interviews with 27 professionals in accordance with the hermeneutics dialectical, using 390h of observations of 03 researchers and their field notes, including the validation workshop and recycling of data. The analysis was carried out in accordance with hermeneutics dialectic, historical context, descriptions of the service, data consolidation through collective activities, and systematization according to three categories: diversity of actors; horizontal relationship; problematization and resolutivity. The study confirms that many of collective activities carried out in a CAPS can be recognized as EPS, since their characteristics be organized based on participation, inclusion and enhancement of various actors, co-management, health education, planning, assessment practices, and troubleshooting. Many of these activities are literacy workshops and collective mental health, team meetings with discussions of cases, knowledge circles, assemblies and community mobilization actions. Although this study do not allow to state that permanent education actions can be found in any labor process, whereas EPS activities are determined by how they are operated, this research contributes to point out the characteristics of effective technologies in health care that might be developed in various public health care services.

Keywords: Education on Health. Psychosocial Care Center. Work Process. Collective Activities.

Lista de Figuras

Figura 1	Roda de Educação Permanente em Saúde.....	35
Figura 2	Princípios Básicos de EPS.....	37
Figura 3	Circulo Hermenêutico Dialético	47
Figura 4	Localização do município de Alegrete.....	54
Figura 5	Ponte sobre o Rio Ibirapuitã.....	56
Figura 6	SAISMental em Alegrete.....	62
Figura 7	Sala Lilás – Caps II Alegrete.....	64
Figura 8	Oficina de Saúde Mental Coletiva.....	68

Lista de Quadros

Quadro 1	Consolidação das entrevistas por atividades coletivas	52
Quadro 2	Consolidação das observações de campo por atividades coletivas..	52
Quadro 3	Sistematização das atividades coletivas por categorias de análise..	52
Quadro 4	Cursos e Processos desencadeados.....	60
Quadro 5	Profissionais entrevistados.....	65
Quadro 6	Cronograma semanal de atividades coletivas.....	66
Quadro 7	Sistematização dos resultados.....	71

Lista de Siglas

Álcool e Drogas - AD

Centro de Atenção a Dependentes Químicos - CADEQ

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude - CAPSi

Claims, Concerns, and Issues (reivindicações, preocupações e questões) - CCI

Círculo Hermenêutico Dialético - CHD

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço - CIES

Comissão Intergestores Tri-Partite - CIT

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Colegiado de Gestão Regional - COGERE

Coordenadoria Regional de Saúde - CRS

Educação Permanente em Saúde - EPS

Escola de Saúde Pública - ESP

Fórum Gaúcho de Saúde Mental - FGSM

Gabinete do Ministro - GM

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Ministério da Saúde - MS

Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC

Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva - NURESC

Organização Mundial de Saúde - OMS

Organização Pan-Americana de Saúde - OPS

Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

Programa Saúde da Família - PSF

Sistema de Atenção Integral em Saúde - SAIS

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS

Saúde Mental - SM

Saúde Mental Coletiva - SMC

Sistema único de Saúde - SUS

Universidade Estadual do Rio grande do Sul - UERGS

Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ

Universidade da Região da Campanha - URCAMP

Sumário

Apresentação.....	15
1 Introdução.....	18
1.1 Objetivo Geral.....	24
1.2 Objetivos específicos.....	24
2 Revisão da Literatura.....	25
2.1 A Educação em Saúde.....	25
2.2 Educação Permanente em saúde.....	28
2.2.1 Conceitos de EPS.....	28
2.2.2 A Política de EPS.....	30
2.2.3 Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.....	35
2.2.4. Processo de Trabalho em CAPS e sua relação com a EPS.....	35
2 Metodologia.....	42
3.1 Características do estudo.....	43
3.2 Local do estudo.....	45
3.3 Sujeitos.....	45
3.4 Coleta de dados.....	46
3.5 Análise de dados.....	49
4 Resultados e discussões.....	54
4.1 A Saúde Mental em Alegrete	54
4.1.1 O Contexto Histórico do Município e da Saúde Mental de Alegrete.....	54
4.1.2 O CAPS e a rede de Saúde Mental em Alegrete.....	61
4.2 Os Mentaleiros de Alegrete.....	64
4.3 Os fazeres coletivos.....	65
4.4 As construções permanentes.....	70

5 Conclusões.....	105
Referências	110
Apêndices.....	118
Anexos.....	125

Apresentação

Desde o início da minha trajetória profissional nas diferentes áreas de atuação, da assistência, administração, políticas de enfermagem e saúde, sempre estive presente a preocupação e o desenvolvimento de ações educativas para os profissionais, contribuindo na qualificação do trabalho prestado.

Nesse percurso realizei atividades tradicionais como treinamentos em serviço ou de educação continuada. E ainda, seminários, jornadas e congressos. Entendia que era importante valorizar o trabalho de todos os profissionais da equipe de enfermagem, e por isso passei a atuar na formação de trabalhadores de nível médio em enfermagem, o que já faz mais de 15 anos.

Há mais de 08 anos, na gestão em saúde, trabalhando com a área de educação em saúde coletiva, tenho tido a experiência de participar ativamente do desenvolvimento de práticas educativas com os mais diversos atores do campo da saúde. Algumas atividades como capacitação de gestores e de conselheiros de saúde, capacitações introdutórias para equipes de saúde da família, cursos de vigilância em saúde, oficinas de organização de processos de trabalho em CAPS, oficinas de gestão de serviços locais de saúde, conferências de saúde, e uma série de reuniões, encontros, fóruns, e outros.

A partir de 2003, momento da aprovação da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil, tenho coordenado e participado das ações de implantação desta política na região sul do estado do Rio Grande do Sul, como coordenadora do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) da 3ª CRS/SES/RS (Terceira Coordenadoria regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio grande do Sul).

Ao conhecer e compreender a EPS como uma importante estratégia de desenvolvimento das ações de educação e saúde no âmbito do SUS, me instiga o interesse em estudar as potencialidades da ESP no cotidiano de serviços de saúde, já que seu principal foco é a educação no trabalho.

Somo a isso minha experiência e atuação como coordenadora da Política de Saúde Mental, e agrego a imensa vontade de reconhecer essas potencialidades nas práticas e experiências de EPS no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Deste modo, apresento a construção e resultados deste estudo da seguinte forma:

No capítulo de Introdução descrevo a construção do objeto de estudo, procurando contextualizar as temáticas pertinentes, de modo que seja suficiente justificar esta pesquisa e possibilitar o emergir do pressuposto e objetivos definidos.

No capítulo 2 apresento uma revisão de literatura sobre Educação em Saúde, sua relevância e seus caminhos metodológicos na busca de conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, seguida dos conceitos, das práticas educativas, da política de EPS e sua relação com o processo de trabalho de CAPS, colocando-a como “pano de fundo” e referencial teórico deste estudo.

No Capítulo 3 descrevo o referencial metodológico, desde suas implicações na avaliação de serviços de saúde, as razões pela escolha e os métodos utilizados nesta pesquisa.

No capítulo 4 desafio-me em apresentar os resultados e as discussões possibilitadas pelo estudo, que incluem: o contexto local, a história da saúde mental no município e a descrição do serviço; a descrição do perfil dos sujeitos da pesquisa; as atividades coletivas desenvolvidas; e o que chamo de construções permanentes como representações das diversas experiências e práticas de educação permanente em saúde, encontradas no processo de trabalho do CAPS em estudo.

E, por fim, no capítulo 5 procuro expor como considerações finais, o conhecimento construído, os limites e contribuições desta pesquisa, considerando que em todo este percurso enfrento o desafio, de pensar e falar de um lugar que

vivo em ato, ou seja, o da aproximação concreta entre o estudo e o trabalho, o ensino e o serviço, a teoria e a prática, ou outras formas de se dizer. Pois, ao estudar meu próprio *locus* de trabalho, opero o exercício acadêmico sem me afastar do cotidiano profissional, e tenho a consciência que este fato pode contribuir ou dificultar meu pensar e fazer científico.

1 Introdução

Nestes mais de vinte anos de implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), como resultado do movimento de reforma sanitária brasileira, muitos têm sido os desafios do cotidiano dos processos de trabalho dos serviços de saúde, para efetivarem mudanças de práticas que sigam seus princípios norteadores e avancem na sua consolidação.

Entre esses desafios está o de transformar a formação e o desenvolvimento dos profissionais da área da saúde, pois só conseguimos mudar a forma de cuidar se também conseguirmos mudar a forma de ensinar e aprender.

Em todos os relatórios da oitava (1986) à décima terceira (2007) Conferência Nacional de Saúde, e das duas conferências temáticas, que abordaram especificamente o tema “recursos humanos em saúde”, há registros da estreita associação entre a área de recursos humanos e a consolidação do SUS. Várias resoluções apontam para a necessidade da política de saúde compreender ações de ordenamento da formação e desenvolvimento dos profissionais do setor, vinculadas ao trabalho e às necessidades de saúde da população (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Em minhas experiências no campo da gestão e da educação em saúde, tenho cada vez mais o entendimento que os processos de trabalho são decisivos para os modelos de atenção em saúde que se apresentam nas práticas cotidianas dos trabalhadores. Costumo dizer que é no processo de trabalho que tudo se ganha ou tudo se perde, na possibilidade de efetivamente realizar mudanças de práticas que venham ao encontro dos princípios do SUS.

Numa perspectiva Marxista, entende-se um processo de trabalho como transformação de um objeto em um produto, através de uma atividade humana, com

a utilização de diversos instrumentos (MARX, 1983). No caso do trabalho em saúde, um mundo complexo, de um trabalho relacional, de encontro entre o trabalhador e o usuário, de modo individual ou coletivo.

Conforme Merhy (2004), um processo de produção de saúde, como resultado de negociações entre trabalhadores, usuários e gestores, num espaço micropolítico de poderes. Micropolítico pelo protagonismo de trabalhadores e usuários de saúde, com a arte ou a ciência que cada um tem de governar, nos seus espaços de trabalho e de relações, guiado por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e as ações de saúde.

A Micropolítica é a expressão das relações de poder em que se manifesta e se produz as subjetividades, como modo próprio e específico de ser e atuar no mundo em relação com os demais. Uma subjetividade dinâmica, que muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e pela cultura internalizada ao longo da vida e do tempo, e é produzida socialmente e nunca está acabada (BRASIL, 2005c).

Desse modo, o trabalho é uma das experiências mais ricas do ser humano e é capaz de produzir novas subjetividades, numa relação em que trabalhadores e usuários são sujeitos. E ao produzir o cuidado em saúde o sujeito produz a si mesmo, e como efeito ganha maior capacidade de intervir sobre a realidade, ser protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais.

Merhy (2004) se refere aos instrumentos utilizados nessa produção da gestão e do cuidado em saúde, como tecnologias: leves ou relacionais; leve-duras ou conhecimento técnico; e duras ou equipamentos.

Todas estas são extremamente importantes e necessárias, contudo tem sido tradicionalmente mais valorizado a disponibilidade dos equipamentos, incluindo materiais, medicamentos, máquinas, e outros. Bem como, o conhecimento técnico, o qual é muito requisitado por gestores e trabalhadores, através de capacitação das equipes. Sendo, as tecnologias leves, como acolhimento e reuniões, por exemplo, as menos valorizadas, e que muitas vezes definem a qualidade do processo de trabalho das equipes e os resultados de mudanças de práticas.

É no processo de trabalho em saúde, ou seja, nas experiências e modos singulares, nos fazeres cotidianos de cada profissional de saúde operar seu “trabalho vivo em ato”, como expressão que dá significado ao trabalho no exato momento da sua atividade produtiva, que em última instância se define a assistência ou o modo de cuidar, como modelo de atenção à saúde (MERHY, 2004).

Por estas razões, entende-se que é no processo de trabalho de devemos avaliar todas as possibilidades e potencialidades para mudanças de práticas.

Na área de saúde mental, a qual se acompanha intimamente com a coordenação da Política de Atenção Integral em Saúde Mental, em nível regional, compreende-se que nos caminhos da Reforma Sanitária Brasileira, não se fazem diferentes os da Reforma Psiquiátrica, que ainda enfrenta vários desafios, para que haja uma defesa individual e coletiva dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico, tendo como princípios o direito à inclusão social, à cidadania e à atenção integral à saúde em liberdade, longe dos manicômios e das práticas asilares.

Desafios que se apresentam nos processos de trabalho dos serviços de saúde mental, em que se encontram trabalhadores e usuários com as mais diversas subjetividades que definem práticas, e que, portanto passam pela necessidade do engajamento e da educação permanente desses trabalhadores para um novo modelo de atenção à saúde mental, preconizado pelo próprio SUS, e garantido pela Lei Federal nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais, dentro das políticas de saúde mental, desde a Portaria nº 224 de 1992, têm se constituído como serviços substitutivos ao modelo manicomial, também têm exigido uma nova prática de trabalho, considerando especialmente o conjunto de atividades ao que se propõe este dispositivo, na rede de saúde mental (BRASIL, 2004a).

Em 2002, foi publicada a Portaria nº 336, a qual reorienta a implantação e o financiamento, classifica em ordem crescente por abrangência populacional e por complexidade, define a equipe mínima de profissionais, e estabelece a clientela alvo dos CAPS (BRASIL, 2004a). Logo após, iniciou-se um ágil processo de recadastramento e ampliação de CAPS, com as mais diversas práticas de trabalho

resultante de um rápido e crescente ingresso de profissionais com pouca experiência em saúde mental coletiva ou com experiência apenas em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS são serviços com responsabilidade de gestão e atenção sanitária territorializada e que na assistência prestada ao paciente devem incluir atividades como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004a).

Atividades essas que têm por referência o Modo Psicossocial, como paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, com características que incluem a territorialidade, e a interdisciplinaridade; a relação e o vínculo com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração deste como sujeito e, portanto protagonista principal do cuidado proposto; o incentivo a que a família e a sociedade assumam a parte do seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social e à recuperação da cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

As formas de organização do Modo Psicossocial baseiam-se num organograma horizontal, com um fluxo em que o poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade, estabelecendo um espaço de diálogo entre o cliente, a população, a equipe e, a integralidade, partindo da noção de territorialidade (COSTA-ROSA, 2000).

Portanto, tais considerações elevam a importância dos processos de trabalho dos CAPS, e suas implicações para consolidação das práticas orientadas pelo paradigma da reforma psiquiátrica brasileira e pela legislação vigente.

É neste contexto que a Educação Permanente em Saúde – EPS, como estratégia que orienta a Política Nacional de Saúde de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS vem ao encontro de muitos desses desafios em buscar

ações facilitadoras aos processos de trabalho, considerado fundamental na mudança de modelos de atenção à saúde.

A EPS tem justamente como objeto de transformação, o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Para produzir mudanças nas práticas de saúde é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e de práticas que aproximem o SUS dos princípios da reforma sanitária e da atenção integral e de qualidade (CECCIM, 2005; BRASIL, 2005a).

A EPS possibilita a produção desses novos pactos, e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco é o processo de trabalho, “seu alvo” são as equipes (unidades de produção), seu *locus* de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos”. É uma oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais (BRASIL, 2005c).

Portanto, considerando minha trajetória profissional, minhas preocupações em diminuir as distâncias e as contradições entre a teoria e prática, o saber e o fazer em saúde, e enfrentando o desafio de coordenar em nível regional as Políticas de Saúde Mental, e de Educação Permanente em Saúde, tenho vivenciado em meu cotidiano de trabalho a necessidade de que ainda fazem-se necessários estudos que auxiliem a identificar e compreender a complexidade do desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, sendo relevantes na área de saúde mental, pelos permanentes desafios que se apresentam no processo de trabalho dos CAPS.

Geralmente as necessidades de capacitação dos trabalhadores são apontadas como definidoras da qualidade da atenção à saúde prestada à população. A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que propõe um trabalho com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde, e que, para ser institucionalizada na organização do trabalho em saúde, deve ser incorporada ao cotidiano da gestão setorial, compreendida como

ferramenta/estratégia para tomada de decisão e condução gerencial dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

E ainda considerando que, conforme o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), em que seus princípios e diretrizes para uma política de recursos humanos, diz que deve haver investimentos significativos na implementação de novas tecnologias de educação, informação e comunicação para os trabalhadores de saúde mental.

Assim sendo, o presente estudo justifica-se por entender que é relevante o conhecimento das experiências e das práticas de EPS no processo de trabalho dos CAPS, e suas possíveis contribuições como facilitadora das relações de produção do cuidado e da gestão em saúde, bem como, contribuir com a formulação de políticas públicas para o desenvolvimento dos recursos humanos do SUS.

Ao considerar as observações, referências e justificativas na construção deste objeto de estudo, apresenta-se o seguinte **pressuposto**:

No processo de trabalho dos CAPS são realizadas atividades coletivas, tais como grupos, oficinas, assembléias e reuniões de equipe, que são potencialmente atividades que podem ser reconhecidas como práticas de EPS, quando contam com uma diversidade de atores (da atenção, da gestão, da formação e do controle social), evidenciam a horizontalidade das relações considerando todos os participantes como sujeitos, oportunizam resignificar práticas, atualizar, produzir e socializar conhecimentos, a partir da problematização da realidade, e constroem coletivamente a resolutividade dos problemas.

Na EPS, a aproximação da educação e do serviço deve ser articulada com diversos atores sociais, em que a construção do saber é coletiva e faz sentido para um grupo social, desafiado para assumir uma postura de mudanças de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004b).

Para Lopes (2007), a EPS não deve partir de um organograma de funções hierárquicas. Na organização e na produção dos serviços funciona como uma rede comunicante, na qual os atores devem ser protagonistas e a produção do trabalho coletiva. Admite que o conhecimento se origine na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados, no qual a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida do seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente.

Neste caso, o pressuposto apresentado me leva à curiosidade científica de levantar a seguinte *questão*: Que atividades no processo de trabalho de um CAPS podem ser reconhecidas como práticas de Educação Permanente em Saúde?

E para tanto, tem-se neste estudo os seguintes *objetivos*:

1.1 Objetivo Geral:

Reconhecer experiências e práticas de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho em CAPS.

1.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar e contextualizar o CAPS em estudo, incluindo o perfil dos profissionais;
- Descrever e analisar experiências e práticas de EPS no processo de trabalho do CAPS.

2 Revisão de Literatura

Para fins de fundamentação teórica desta pesquisa, buscou-se levantar e organizar os conceitos e informações a respeito da Educação Permanente em Saúde, considerando inicialmente a Educação em Saúde e posteriormente, os conceitos, a política de EPS, as práticas educativas no cotidiano do trabalho em Saúde, e suas implicações com o processo de trabalho em CAPS.

2.1 A Educação em Saúde

Para iniciar os pensamentos sobre o campo denominado educação em saúde, é preciso rever, reolhar as unidades da educação e da saúde, e as suas possibilidades de encontro.

Na produção científica que relaciona educação e saúde são identificados dois níveis básicos, envolvendo as escolas através de programas de saúde desenvolvidos nas disciplinas de ciências, os meios de comunicação de massa, as organizações coletivas, e os serviços de saúde, etc. No primeiro, o qual estão vinculadas as informações sobre auto-cuidado, encontra-se a *saúde do escolar*, e a *educação para a saúde*, e no segundo como ampliação da participação da população no acesso e na gestão de bens e serviços públicos, encontra-se a *educação e saúde*, e a *educação popular em saúde* (SILVA, 1994).

Para Silva e Bordim (1990), o primeiro nível privilegia ações de controle e prevenção das doenças a partir da intervenção clínica e da mudança de hábitos e o segundo privilegia a ação coletiva sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Tanto na *saúde do escolar* em que o importante é assegurar a salubridade da escola e a saúde dos alunos e professores, como na *educação para saúde*, como um estado a ser alcançado por indivíduo passivo, como uma tábua rasa. A *educação e saúde* já se apresentam como demandas públicas da população em relação ao estado, enfatizando as necessidades de serviços e de espaços democráticos. E na *educação popular em saúde*, o saber/poder popular é reconhecido como transformador de práticas. E deste modo, saúde educação se apresentam como fenômenos sem unidade possível, pois, trata-se saúde, informa-se e reivindica-se saúde, e a educação se posiciona apenas como uma ação metodológica, e se introduz na saúde a partir dos modelos de *intervenção pedagógico-sanitária* (SILVA, 1994).

Contudo, ainda para Oliveira (1994), é possível encontrar unidade possível entre educação e saúde, na sociologia da educação e na saúde coletiva, constituindo o campo temático da *educação em saúde*, como campo de estudo das *práticas pedagógico-sanitárias*, que considera o profissional de saúde, como um trabalhador social, cuja prática é pedagógica, de educação em saúde e sua intervenção se dá sobre o cotidiano em que se constroem relações pedagógicas permanentemente em movimentos de construção e desconstrução cultural.

A essas considerações se somam as discussões que buscam a compreensão dos significados e a relevância da educação em saúde, para o desenvolvimento dos recursos humanos, e como diz Morin (2001), a utilização de meios para formação e desenvolvimento do ser humano é educação.

A educação em saúde como um conjunto de estratégias educacionais não somente para formação profissional em instituições de ensino, mas nos próprios serviços, orientadas para melhorar a competência dos trabalhadores em serviço e chamada comumente de capacitação dos profissionais em saúde, tem ocupado um lugar de grande importância entre as ferramentas técnicas com que se enfrentam os problemas de atenção a saúde da população na América Latina.

Davini (1989), no texto, “do processo de aprender ao de ensinar”, procura explicitar algumas linhas teóricas que orientam o modelo pedagógico que busca uma nova forma de organizar o trabalho nas instituições de saúde. Diz que, a maior parte das experiências tem se preocupado com o ensinar (mostrar, informar, inculcar),

seja nas formas clássicas de treinamento, nas modernas com recursos audiovisuais ou nas metodologias dialógicas e não se questiona como se aprende. Considerando que entre um sujeito e um objeto de aprendizagem existe uma situação de aprendizagem, sendo necessário valorizar as diferentes formas de assimilação e apreensão do conhecimento e o papel do instrutor/supervisor.

Tais considerações contribuíram com a necessidade de serem pensadas novas metodologias de educação que contemplem novos espaços, novos atores desempenhando o papel de professor/supervisor e novas relações de ensino aprendizagem.

A educação em saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente o seu potencial de saúde, conhecendo e controlando seus fatores determinantes, reforçando a responsabilidade e os direitos da comunidade pela sua própria saúde (BUSS, 2000).

Segundo Granados (1997) a reforma dos sistemas de saúde e suas implicações teórico-metodológicas para gestão e processo de trabalho em saúde tem sido um desafio da construção de novos conhecimentos, através das universidades, dos serviços, dos governos e da população como sujeito ativo de seu próprio desenvolvimento em saúde. A necessária solidariedade entre as disciplinas biológicas e sociais, econômicas e políticas, o saber científico e o popular, deve conduzir o ensino-aprendizagem e o trabalho aprendizagem para uma transformação que leve a mudanças nas pessoas que desempenham o trabalho.

Desde a década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) identifica que a formação das equipes de saúde não está de acordo com o que realmente acontece nos serviços de saúde, o que dá início às discussões para a elaboração de um modelo pedagógico diferente, capaz de transformar as práticas de trabalho. (LOPES et al., 2007)

Desta forma, o Grupo de Trabalho da OPS-OMS sobre Avaliação e Capacitação em Saúde aponta três linhas programáticas: perspectiva educacional de integração da educação e o trabalho, baseado em competências e na perspectiva da Educação Permanente em Saúde; o desenvolvimento da avaliação como teoria e prática; e uma perspectiva integradora de gestão de recursos humanos que assumam

a educação como ferramenta fundamental de mudanças individuais e institucionais para a qualidade dos serviços de saúde (OPS-OMS, 1997).

Segundo, Roschke; Davini e Haddad (1993), este foi o marco inicial de um processo envolvendo reflexão, diálogo, negociações e construções de alternativas para enfrentar os nós críticos das situações relacionadas ao desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

Deste modo, desde as abordagens conceituais sobre as possibilidades de encontro entre a saúde e a educação, das concepções pedagógicas até os movimentos de discussão sobre estas temáticas na América Latina, pode-se compreender melhor o contexto de surgimento da Educação Permanente em Saúde.

2.2. Educação Permanente em Saúde

Na busca de um maior aprofundamento deste tema, procura-se expor considerações que contemplem as dimensões conceituais, políticas e práticas da relação da EPS com os serviços de saúde e, em especial os Centros de Atenção Psicossocial.

2.2.1 Conceitos de EPS

Conceituar Educação Permanente em Saúde, com o intuito de diferenciá-la das demais concepções de educação em saúde tem sido um desafio, diante das diversas possibilidades de compreendê-la e aplicá-la, como se pode observar pelas considerações a seguir.

A diversidade de conceitos de Educação Permanente em Saúde se configura basicamente a partir de um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire, sendo dele a noção de aprendizagem significativa, por exemplo; de um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, que propôs alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, como o elemento humano nas organizações,

para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar; e ainda pelo desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2005).

Contudo, mesmo sendo consenso a necessidade de se instituírem programas de educação continuada ou ações de educação permanente, ainda torna-se cada vez mais evidentes as dificuldades de implementar políticas que garantam ações educativas que de fato respondam as necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho, tanto do ponto de vista conceitual, como metodológico e contextual (Ribeiro e Motta, 1996). Sendo necessário, neste caso, comentar que embora não opostas a educação permanente e a educação continuada precisam ser diferenciadas.

Segundo Motta (1998), a educação permanente tem como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos e, sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais, propondo transformar este profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem. A educação continuada, segundo Ricas (1994), engloba as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.

A Educação Continuada é uni profissional, trabalha com a pedagogia da transmissão, com temáticas bem especializadas, sobre uma prática independente, tem como objetivo apenas a atualização profissional e em geral é esporádica. A educação permanente abrange diversos profissionais, é problematizadora, objetivando a mudança das práticas e a resolução de problemas, e é contínua (HEIJBLUM, 2005).

Ao se referir à Educação Permanente, falamos de uma modalidade educacional que se relaciona diretamente com o processo de trabalho, em que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho, desenvolvendo práticas coerentes com essas visões (Motta & Ribeiro, 1996).

Operar o conceito de EPS significa articular a educação dos trabalhadores à capacidade resolutiva dos serviços de saúde, e articular o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas. A EPS busca recuperar as práticas pedagógicas e políticas implícitas no trabalho, assumindo, também, as práticas políticas e ideológicas presentes nos processos educacionais, colocando-se como um mediador entre a educação e o trabalho (BRASIL, 2004c).

A Portaria Ministerial nº 198 de 2004, apresenta explicitamente a seguinte definição: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004b). É um conceito desenvolvido no campo da educação para pensar a ligação entre a educação, o trabalho, a aprendizagem significativa, a relevância social do ensino e as articulações da formação para o conhecimento e o exercício profissional organizado com saberes técnicos e científicos e com uma ética da vida e das relações (BRASIL, 2005b).

Os conceitos apresentados evidenciam a relação da EPS com os processos de trabalho, diferenciando-se de outras práticas de educação em saúde, descontextualizadas ou isoladas do cotidiano dos serviços de saúde.

2.2.2 A Política de Educação Permanente em Saúde

No cenário das políticas públicas em saúde, destacam-se os movimentos norteadores da implantação da EPS como política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

Desde a década de 70, quando a OPAS, percebeu como inadequada a formação das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, foi introduzido o debate para construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das

práticas de saúde (LOPES, 2007). Em 1973, no Canadá, a 1ª Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, já apontava necessidade de readequação na formação dos profissionais de saúde, porque esta se dava de forma desarticulada da realidade do serviço (VIDAL, 1984).

Ao mesmo tempo em que os países da América Latina reconheciam a necessidade de estender a cobertura de serviços de saúde para toda a população, era também reconhecido que o setor de formação dos profissionais de saúde historicamente não vinha respondendo a estas necessidades, devido à inadequação curricular, frente à realidade dos serviços, principalmente na atenção primária. Tal descompasso entre formação e realidade na saúde, levou à sustentação teórica de que era necessária uma política de recursos humanos com vistas à reforma sanitária (LOPES, 2007).

Para Ceccim (2005) a Educação Permanente ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde devido à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

No Brasil, antes mesmo da EP inicialmente discutida como Educação Continuada ser ponto de pauta das conferências de recursos humanos, as Conferências Nacionais de Saúde já apontavam para a inadequação da formação dos trabalhadores de saúde frente à realidade encontrada nos serviços de saúde brasileiros (CECCIM; ARMANI, ROCHA, 2002).

Em 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde explicitou a educação continuada, seguida da VII Conferência em 1980, em que veio relacionada a implantação de programas de integração docente-assistencial. As Conferências de 1986 (VIII) e 1992 (IX) reconheceram a importância da formação dos recursos humanos no interior das políticas de saúde e convocaram conferências específicas para a discussão do tema (BRASIL, 1986).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde teve como tema a política de recursos humanos rumo à reforma sanitária, e seu relatório final apresentou a discussão de como componente para o trabalhador de saúde, especialmente da gestão, o caráter pedagógico-reflexivo, viabilizado por um processo contínuo de ensino-aprendizagem, propondo que o processo educativo deveria começar e terminar na sociedade (BRASIL, 1986).

Na II Conferência de Recursos humanos em 1993 foi proposto a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Em 1996, na X Conferência Nacional de saúde, o Ministério da Saúde - MS apresentou um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde, tendo sido identificada a necessidade de criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, como já previstas no artigo 14 da Lei 8.080 de 1990 (LOPES, 2007).

E na XI Conferência, a Educação Permanente em Saúde foi reafirmada pela identificação da necessidade das três esferas de governo de garantir financiamento para qualificação de pessoal no custeio do SUS, assumindo assim suas responsabilidades com o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde (LOPES, 2007).

Porém, foi em 2003, a partir da criação pelo MS da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que o ordenamento constitucional de levar a prática pedagógica, a partir do cotidiano do trabalho até o serviço e às demais instâncias comprometidas com a saúde, se constituiu em política pública na saúde, capaz de estruturar e dar sustentação ao conjunto de transformações necessárias para as mudanças na formação com vistas ao fortalecimento do SUS.

Ainda em 2003, essa proposta foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS pela resolução nº 335, como “Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente”, e legitimada pela XII Conferência Nacional

de Saúde. E tais caminhos culminaram com a regulamentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com a publicação da Portaria 198/GM/MS em fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004b).

De acordo com o Ministério da Saúde, a condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde era constituída pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde, como colegiados locorregionais que servem para articulação, diálogo, negociação e pactuação, definidos como rodas para gestão da EPS (BRASIL, 2005d),

Conforme a Portaria Ministerial nº 198 de 2004, os Pólos tem a função de: identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social; mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção à saúde; propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS; articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; estabelecer a pactuação e a negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País (BRASIL, 2004b).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS eram compostos minimamente por gestores estaduais e municipais de saúde; instituições de ensino com cursos na área da saúde; hospitais de ensino e serviços de saúde; organizações estudantis da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. E deviam funcionar como *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas

de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva (BRASIL, 2005d).

No Rio Grande do Sul, foram criados 07 Pólos Macrorregionais de EPS, sendo o Pólo Sul, compreendido pelas regiões da 3ª e 7ª CRS, com sede em Pelotas e apresentando a seguinte estrutura: Colegiado de Gestão com 112 representações de Gestão Estadual e Municipal de Saúde, Instituições de Ensino, e Conselhos de saúde; Conselho Gestor com 36 representantes e uma Coordenação Colegiada de 07 pessoas.

Em torno de dois anos após sua implantação a Política de EPS passou por um reordenamento regulamentado pela Portaria 1996 de 2007, que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº. 399/GM de 2006, e a Portaria nº 699/GM de 2006, que regulamenta o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, e que define as responsabilidades com a educação em saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 2006)

Conforme a Portaria Ministerial nº 1996 de 2007, a Política Nacional de EPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional (COGERES), através de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na Norma Operacional Básica de recursos Humanos - NOB/RH - SUS.

Os Colegiados de Gestão Regional devem instituir através das CIES processo de construção coletiva de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde.



Figura 1 – Roda de EPS
Fonte: Brasil, 2005

A figura 1 que representa a Roda de EPS simboliza o modo de operar as relações entre os diversos atores, reunidos em múltiplas rodas que se ampliam e se fortalecem através da horizontalidade das relações e da união pela resolutividade dos problemas coletivos.

Contudo, o desenvolvimento de práticas colegiadas de gestão é recente e está em processo de amadurecimento, o que ainda torna frágil a consolidação da EPS, como política regulamentadora das ações em saúde.

Por esta razão, entende-se que vale a pena evidenciá-la e fortalecê-la em sua relação conceitual com o trabalho em saúde.

2.2.3 Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

É conhecido que no trabalho em saúde são desenvolvidas diversas práticas educativas, com diferentes concepções sobre educação em saúde. Neste caso, pretende-se aproximar as concepções da EPS, com o cotidiano do trabalho e apresentar seus princípios norteadores, que podem auxiliar no desenvolvimento deste estudo.

A Concepção de EPS tem como objetivos estar presente em todos os momentos da formação e da experiência profissional, projetar-se para além da sala de aula, embasar suas ações não apenas no sistema de ensino, mas nas

necessidades da população e reconhecer as possibilidades da participação de vários sujeitos e atores sociais no processo educativo, através da capacidade pedagógica, como uma prática rotineira em toda a rede de saúde, constituindo-se numa rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (LOPES, 2007).

Para Ceccim (2005, p.161) a Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A atualização permanente dos trabalhadores torna-se cada vez mais complexa, à medida que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam de forma cada vez mais rápida na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio de acesso para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia ou do território onde vivem. Sendo assim, extremamente necessário o desenvolvimento de recursos para um trabalho, que considere a noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

As capacitações tradicionais, descontextualizadas e baseadas na transmissão de conhecimentos, não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas de gestão, de atenção e de controle social (CECCIM, 2005).

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso constituir espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção em saúde. Consultorias, matriciamentos e assessorias, que quando implementados devem ser capazes de organizar sua prática de modo que esta produção seja possível, utilizando-se da pedagogia da Educação Permanente em Saúde para que façam sentido e operem processos significativos nessa realidade (CECCIM, 2005).

Considerando que o papel educativo é inerente a qualquer indivíduo, transformar toda ação em aprendizagem e conhecimento é fonte de transformação do processo de trabalho em saúde. As pessoas envolvidas no trabalho, seja em atenção, gestão, formação ou controle social, atuam na singularidade de seus processos de trabalho ou ação social e a partir do desenvolvimento de aprendizagem significativa podem enfrentar os problemas desses processos, questionando pedagogicamente as práticas concretas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e a ampliação do trabalho integral em saúde. (BRASIL, 2005c).

A partir dessas considerações sobre EPS, entendendo que é no cotidiano dos processos de trabalho que se precisa buscar, acessar, elaborar, emergir e construir coletivamente o conhecimento para resolver os problemas, e para fins deste estudo, apresenta-se os seguintes princípios básicos para que se considere uma ação ou atividade de trabalho como uma prática de Educação Permanente em Saúde, conforme a Figura 2:



Figura 2 – Princípios Básicos de EPS

Na apresentação destes princípios não se tem a pretensão de reduzir ou simplificar conceitualmente a EPS, mas apontar uma diretriz que facilite o caminho metodológico para analisar práticas e experiências de educação Permanente.

2.2.4. Processo de Trabalho de CAPS e sua relação com EPS

Nesta revisão teórica, não se poderia deixar de considerar, os aspectos relacionados ao cotidiano do trabalho em saúde de Centros Atenção Psicossociais, que constituem o objeto deste estudo.

Conforme a legislação vigente (BRASIL, 2004a), um CAPS deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações contempladas em projetos terapêuticos que ultrapassam sua própria estrutura física porque buscam a rede de suporte social própria a cada paciente sob sua responsabilidade, preocupando-se com o sujeito, sua singularidade, história, cultura e referências de sua vida cotidiana.

Desta forma o processo de trabalho de CAPS se desenvolve através de atividades tais como: Atendimento individual, Atendimento em grupos, Oficinas, Visitas domiciliares, Atendimento à família, reuniões de equipe, assembléias de usuários e Atividades comunitárias. Atividades estas, que dêem conta da complexidade e responsabilidades deste serviço que incluem:

- prestar atendimento, especialmente o cuidado intensivo, em regime de atenção diária;
- construir e gerenciar projetos terapêuticos individualizados, oferecendo cuidado clínico eficiente;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, assistência social, trabalho, saúde, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas;

- agenciar a organização da rede de saúde mental em seu território, articulando-se com os demais serviços, como ambulatórios, centros de convivência, hospitais gerais e todos os outros existentes;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território.

Deve-se aqui levar em conta que tais atividades têm como paradigma o Modo Psicossocial, que na sua concepção de objeto considera o indivíduo em seus aspectos políticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, e como participante principal do tratamento, com ênfase na sua pertinência em um grupo familiar e social, pois considera a loucura como um fenômeno social, superando o modo asilar que centrava a doença como objeto de trabalho. E quanto aos meios de trabalho, tem como característica a equipe interdisciplinar, que ao trabalhar a partir da implicação subjetiva do sujeito buscando sua reinserção social e recuperação da cidadania, utiliza-se de psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, como cooperativas de trabalho. (COSTA-ROSA, 2000).

Tais compromissos colocam os CAPS numa posição em que prometem fazer a crítica do mundo manicomial, e ao mesmo tempo, ser lugar de construção de práticas alternativas e substitutivas, ou seja, de provocar tensão entre novas práticas e velhos hábitos. Tornando-os lugares de manifestações de conflitos e desafios, por estarem, como diz o autor, no “olho do furacão”. E neste caso, estão permanentemente fabricando, podem ter dúvidas, pois ainda não é o lugar das certezas antimanicomiais, e sim campo instigante de cooperação, reflexão, auto-análise e re-significação das práticas. (MERHY, 2007).

Como diz ainda, Merhy (2007, p. 57):

“... é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores no campo da saúde mental, que consigam, com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida e interditar a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ocorra.”

Tais considerações sobre o processo de trabalho de CAPS justificam sua aproximação com a EPS, à medida que esta se propõe a uma reflexão das práticas a partir de construções coletivas, e que atividades educativas são ferramentas fundamentais para um cuidado em saúde que promova autonomia suficiente para reinserção social de pessoas reconhecidas como sujeitos responsáveis pelo seu *viver* e exercício de cidadania.

Além do mais, a consolidação da política de saúde mental requer uma política de desenvolvimento de recursos humanos que valorize e considere a importância do trabalhador, e que garanta atividades de capacitação e qualificação, através de fóruns permanentes de construção teórica, científica, terapêutica e de intercâmbio entre serviços; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando momentos de planejamento e avaliação para transformação das práticas com garantia de supervisões clínico-institucionais (BRASIL, 2001).

Entre outros objetivos de uma Política de Atenção Integral em Saúde Mental, Dias (2001, p. 92) diz:

Capacitação e Avaliação Contínua: o permanente repensar da prática cotidiana e das relações estabelecidas na própria equipe, com os usuários e com os diversos segmentos da sociedade, deve nortear o processo de trabalho.

Para tanto, é necessário que seja garantido no processo de trabalho dos serviços de saúde mental, que estas ações se incorporem ao cotidiano de centros de Atenção psicossocial.

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 e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005, p.166 -167).

Com diz Ceccim (2005), é possível fazer das ações cotidianas dos serviços de saúde, espaços de educação permanente, e no caso dos CAPS, produzir subjetividades, problematizar, e provocar mudanças de modelo de atenção à saúde, são princípios da sua criação como dispositivos de substituição ao modelo manicomial.

Nesse caso, a EPS torna-se não só um possível instrumento de trabalho, como uma necessidade dos trabalhadores, que estão vivendo um momento de transição de modos de cuidar.

3 Metodologia

Ao se iniciar a descrição da metodologia deste estudo, considerou-se conveniente fazer algumas considerações a respeito de especificidades da avaliação qualitativa em saúde, que devem auxiliar na compreensão sobre a escolha e o desenvolvimento dos métodos desde as características, a coleta e análise de dados.

Como diz Minayo (2007), ao se referir aos desafios da pesquisa social, a ciência é apenas uma forma de expressão da busca, não exclusiva, não conclusiva e não definitiva, de explicar o inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano. Portanto, nesta escolha metodológica reside a consciência de poder alcançar com o estudo uma parte dessa realidade, que não poderia ser traduzida em números, mas que pode trabalhar com significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes.

O múltiplo acervo de teorias e técnicas qualitativas, especialmente a partir dos anos 80, tem composto o variado campo das investigações em saúde, agregando novos olhares disciplinares. A adoção de metodologias qualitativas tem buscado contribuir, ao lado de outros saberes, para uma abordagem um pouco mais inclusiva e responsiva da complexidade que constitui o objeto da saúde. Nesta jornada a pesquisa qualitativa muito tem a oferecer, exercitando justamente a sua vocação para a análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde.

(DESLANDES e GOMES, 2004).

Uma metodologia de avaliação permanente é parte integrante do próprio objeto deste estudo, pois todo processo de EPS deve implicar num processo de

avaliação permanente, o que justifica a coerência com a utilização da avaliação de quarta-geração, lembrando que os quatro momentos conceituais, pelos quais as avaliações têm passado, podem ser assim, descritos (OPS, 1997):

- Avaliação de primeira-geração: centrada no que é **mensurável**, como uma simples medição ou verificação de acertos e erros, não oferecendo maior informação sobre o processo de aprendizagem;
- Avaliação de segunda-geração: **de descrição** mais elaborada, se concentra na verificação do alcance dos objetivos, mas que deixa algumas lacunas, na medida em que não aprofunda a interpretação dos resultados, tão pouco a qualidade dos objetivos traçados;
- Avaliação de terceira-geração: **de valoração**, constitui uma mudança significativa na direção do juízo de valor, já que a avaliação sempre culmina com o juízo sobre o objeto de atenção para que a partir dele se desenvolva ação que leva a transformação necessária.
- Avaliação de quarta-geração: inclui todos os aspectos positivos das anteriores, mas se caracteriza essencialmente pela **negociação**, juízos, critérios e ações integradas, envolvendo todos os atores do processo avaliativo, na qual a avaliação passa ela mesma a ser tratada e considerada como processo de aprendizagem permanente.

“A idéia da avaliação já não somente como modelo, estratégia, ferramenta ou discussão, mas como postura; ou seja, como uma atitude concreta de respeito aos envolvidos no processo avaliativo. Uns e outros se capacitam durante todo o tempo que fazem algo, em um processo contínuo; e desta forma, os avaliadores não são mais que facilitadores, para fazer que as coisas ocorram” (OPS, 1997; 32).

3.1. Características do Estudo:

Propõe-se no presente projeto a realização de uma pesquisa descritiva e analítica, de abordagem qualitativa, que deverá utilizar-se de dados coletados na Pesquisa CAPSUL, principalmente das entrevistas dos profissionais e observações de campo dos pesquisadores.

Sendo este, um subprojeto da pesquisa CAPSUL, que trata de um estudo quantitativo e qualitativo, no campo da avaliação de serviços de saúde mental, que investigou estrutura, processo de trabalho e resultados, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores de saúde mental, em 32 CAPS dos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio grande do Sul, com os seguintes desdobramentos:

- Estudo de Avaliação Quantitativa em 30 CAPS, com abordagem epidemiológica, com base em Donabedian (1984 a), (1984 b);

- Estudo de Avaliação Qualitativa em 05 CAPS, construtivista e responsiva, de abordagem hermenêutica e dialética, com base na avaliação de quarta geração de Guba e Lincoln (1989).

Na avaliação de quarta-geração (GUBA e LINCOLN, 1989), as reivindicações, preocupações, e questões (Claims, Concerns, Issues - CCI) dos grupos de interesse como pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiárias da avaliação (stakeholders), são a base para determinar que informações sejam necessárias e podem verdadeiramente expor seus conceitos e idéias vividos sobre uma determinada temática, possibilitando de maneira responsiva a construção da realidade, possibilitando que estes grupos de interesse ampliem a capacidade de intervirem sobre esta própria realidade do serviço. E que se constitui basicamente nos seguintes passos:

- Iniciar um contrato com o cliente ou responsável pela comissão de avaliação (contato com o campo e negociação para inclusão dos sujeitos);
- Organizar a avaliação;
- Identificar os “stakeholders” ou grupos de interesse;
- Aplicar o Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD) e desenvolver construções conjuntas;
- Introduzir novas ou adicionais informações, ampliando as construções conjuntas;
- Resolver as CCI, através de consenso;
- Priorizar as CCI sem solução;

- Coletar informações sobre CCI sem solução;
- Preparar a agenda para negociações, e validação das construções;
- Revisar o estudo de caso, reunindo a construção como produto;
- Reciclar , reabrindo o caso.

3.2. Local de Estudo:

Foi incluído na presente pesquisa um dos CAPS, onde foram realizados os estudos qualitativos do CAPSUL no Estado do Rio Grande do Sul, nos municípios de São Lourenço do Sul, Alegrete e Porto Alegre. Os CAPS foram selecionados por uma escolha intencional, tendo como parâmetros, o tempo de funcionamento e experiência do serviço, a disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem a proposta e os dados obtidos na etapa de avaliação quantitativa, referentes à estrutura, processo e adequação à Portaria 336/2002.

Para este estudo, também foi escolhido intencionalmente o CAPS II de Alegrete, considerando os mesmos parâmetros de escolha da pesquisa CAPSUL, bem como a identificação de potenciais atividades educativas em leitura do banco de dados.

3.3 Sujeitos do Estudo:

Foram considerados sujeitos do estudo, os profissionais da equipe do CAPS, do município de Alegrete, tendo considerado como critério de inclusão todos trabalhadores que tivessem vínculo empregatício com o serviço (enfermeiro, assistente social, psicólogo, professor de educação física, técnico de enfermagem, pessoal da recepção, da portaria, pessoal da limpeza, dentre outros), além do tempo de trabalho no CAPS e que contemplasse pelo menos um sujeito de cada profissão. Apenas três integrantes da equipe não compuseram o grupo de entrevistados, devido ao fato de encontrarem-se afastados do serviço em licença saúde.

Neste estudo, foram analisadas as entrevistas realizadas com os 27 profissionais, identificados como E1 - E27, e as observações dos diários de campo realizadas pelos 03 pesquisadores (390 horas) da pesquisa CAPSUL, identificados como O1-O3. Além, das observações do diário de campo da pesquisadora deste estudo ao realizar a etapa de reciclagem no CAPS de Alegrete (10 horas), identificadas como O4.

3.4 Coleta de Dados:

A coleta de dados na pesquisa CAPSUL(2007), foi realizada através do Circulo Hermenêutico-dialético (CHD) de Guba e Lincoln (1989), traduzido por Wetzel (2005), a partir da seleção de três grupos de interesse, formados por pessoas com características comuns que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, estão de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais conseqüências do processo avaliativo. Tendo sido incluídos na pesquisa três grupos de interesse: equipe, usuários e familiares.

Conforme Guba e Lincoln (1989) o círculo hermenêutico-dialético é uma relação constante entre o pesquisador e os entrevistados. Trata-se de um processo dialético, que supõe constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas, tornando possível se chegar o mais próximo possível à realidade, chamada de “consenso”.

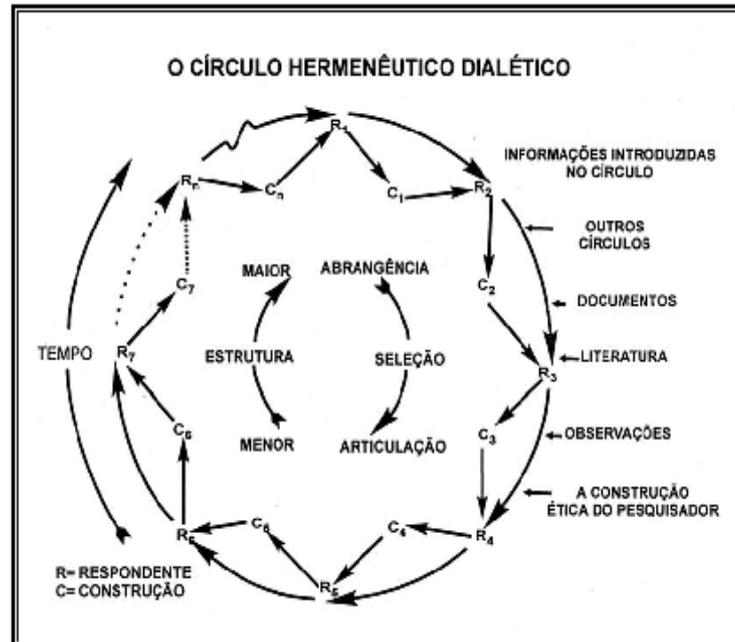


Figura 3 - Círculo Hermenêutico Dialético.
Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

De acordo com a Fig. 3 a aplicação do CHD nos grupos de interesse, iniciou-se com a seleção de um respondente inicial (R1), sendo realizada uma entrevista aberta para determinar o começo de uma construção em relação ao foco da investigação/avaliação. Após foi solicitado que o respondente descrevesse o atendimento do CAPS e o comentasse em termos pessoais, incluindo observações sobre os aspectos positivos e negativos do serviço. Os temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões propostas por R1 foram analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Posteriormente, ao entrevistar um segundo respondente (R2) colocando todas as questões próprias, os temas oriundos da análise da entrevista de R1 foram introduzidos, e R2 foi convidado a comentá-los. Resultando em que, a entrevista com R2 produziu informações não apenas sobre R2, mas também críticas às demandas e construções de R1. Levando o pesquisador a realizar uma nova construção teórica (C2), mais bem informada e sofisticada baseada em duas fontes. Sendo este processo repetido através da adição de novos informantes, até terem sido entrevistados todos os componentes dos três grupos de interesse.

As questões iniciais e as questões desdobradas nas entrevistas com a equipe, que se constitui em sujeito deste estudo são apresentadas nos quadros do Anexo 1.

Neste estudo foi realizada uma leitura transversal da íntegra do conteúdo das entrevistas, sem selecionar nenhuma questão específica, na intenção de buscar a compreensão do objeto de estudo através das questões e construções que emergiram do cotidiano do processo de trabalho do CAPS, com a aplicação do CHD, acrescidas das observações dos pesquisadores. Considerando que não é objetivo desta pesquisa, buscar conceitos ou concepções dos sujeitos a respeito de EPS, e sim olhar as práticas ou experiências de EPS no concreto, ou seja, em ato no processo de trabalho, revelados através das falas e observações dos sujeitos.

Na pesquisa CAPSUL (2007), após a coleta dos dados brutos da entrevistas, foi realizada uma análise prévia com o objetivo de estruturar oficinas de validação das informações obtidas dos diferentes grupos de interesse envolvidos. Houve a apresentação dos dados refinados para os respectivos grupos, para que tivessem acesso à totalidade das informações e a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. A negociação foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, sendo convidados todos os entrevistados de determinado círculo para quem foi apresentado o resultado final (provisório) da pré-análise dos dados.

Neste estudo, realizou-se uma nova oficina de validação, com os profissionais que ainda se encontram trabalhando no local de estudo, a partir de uma ordenação, classificação e sistematização inicial dos dados, conforme a metodologia de análise escolhida e apresentada logo a seguir.

Esta atividade de campo, bem como as observações do diário de campo da pesquisadora constituiu-se como parte da etapa reciclagem, ou ultimo passo previsto nas avaliações de quarta geração, que de acordo com Guba e Lincoln (1989), são por sua essência, divergentes, pois tendem a levantar mais questionamentos que respostas, e as construções emergentes são provavelmente sustentadas por um curto período. Assim ao reabrir um estudo de caso podem ser achadas informações iguais àquelas que já tenham sido organizadas ou tornar-se disponíveis informações novas ou mais sofisticadas. Uma reconsideração pode ser

ordenada a qualquer momento, pois avaliações de quarta geração nunca param, apenas pausam.

Neste estudo, ao se reabrir o estudo de caso, retomou-se os seguintes passos da avaliação de quarta geração, realizando novo contato com o campo através de diálogo com os gestores, convite aos profissionais, agendamento e realização da nova oficina de validação, em visita ao serviço.

A nova oficina de validação e negociação dos dados sistematizados de acordo com as categorias de análise foi realizada durante uma reunião de equipe do serviço.

Quanto aos aspectos éticos, informa-se que a pesquisa CAPSUL foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FM - UFPel (of.074/05 de 11 de novembro de 2005), e todos entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura de consentimento livre e esclarecido, em todas as suas etapas, bem como a reciclagem foi consentida pelos novos gestores e profissionais do serviço.

Na apresentação dos resultados os profissionais estão identificados pela formação ou atividade realizada no CAPS, para garantir a evidência da diversidade destes atores, e os usuários citados têm nomes fictícios, para que sejam preservadas as suas identidades.

3.5. Análise de Dados:

Minayo (2007) apresenta três modalidades de análise em uma pesquisa qualitativa: a Análise de Conteúdo, a Análise do Discurso e a Análise Hermenêutica-Dialética.

Neste estudo é utilizada a modalidade de análise hermenêutica-dialética, pela sua complementaridade ao CHD, uma vez que um método não exclui o outro: o primeiro é importante pela dinâmica e precisão quanto à coleta de dados e o segundo tem sua importância pelo fato de aprofundar a análise dos dados coletados,

com base no referencial teórico escolhido como suporte do trabalho em estudo (OLIVEIRA, 2001).

Considerando os diferentes tempos de realização desta pesquisa, e a importância do contexto histórico na interpretação de uma dada realidade, entende-se que análise hermenêutica-dialética pode contribuir para valorização da realidade a ser interpretada.

Essa metodologia é capaz de levar o investigador a compreensão, a partir de um entendimento dos fatos, que considera as liberdades e as forças de cada um, as necessidades e a consciência histórica do todo e das partes, sendo o pensamento balizado por empatia e intencionalidade, e ao mesmo tempo estranhar e criticar, percebendo processos, mudanças, contradições, movimentos e transformações da realidade estudada (MINAYO, 2007).

A abordagem hermenêutica que compreende e valoriza as homogeneidades e os consensos, faz o contraponto com a dialética que inclui o caráter contraditório, conflitivo e totalizante de qualquer fenômeno ou relação social, também no campo da saúde (MINAYO, 2007, p. 391).

Ao aprofundar a hermenêutica-dialética como método de análise qualitativa, Minayo (2008), se refere à hermenêutica, como arte da compreensão, e dialética, como arte do estranhamento e da crítica, têm suas possibilidades de articulação na reflexão que se fundamenta na práxis, em que a união destas abordagens se dá na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico da análise da realidade social.

Para hermenêutica, entender a realidade é possível quando se é capaz de entender o outro e entender-se no outro, por mais que isto pareça difícil, podendo ter seus procedimentos assim resumidos: - buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e do pesquisador; - explorar as definições da situação do autor, em que o cotidiano onde se produz o discurso é o mundo da análise, e o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento; - supor o compartilhamento do mundo observado e os sujeitos da pesquisa, com o mundo da vida do pesquisador, e perguntar por que e sob que condições os sujeitos expressam-se e posicionam-se de tal maneira e não de outra; - buscar entender as

coisas e os textos neles mesmos, sem a imposição de um saber técnico; e apoiar a reflexão sobre o contexto histórico, em que o pesquisador e os sujeitos e a pesquisa, são momentos expressivos de seu tempo e de seu espaço cultural.

Para dialética o fundamento da comunicação são as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas, em que os indivíduos são condicionados por tal momento histórico, podendo ter ao mesmo tempo interesses coletivos que os unem e específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim fundamental, realizar a crítica das idéias expostas, buscando na sua especificidade histórica, a cumplicidade com o seu tempo; e nas diferenciações internas, suas contribuições à vida, ao conhecimento e às transformações.

Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (Minayo, 2008, p.101).

Desta forma, a análise de dados foi realizada com a utilização de um roteiro apresentado no Apêndice A, e de acordo com a abordagem metodológica escolhida, com as seguintes etapas ou níveis de interpretação:

a) Nível das determinações fundamentais:

- ✓ Descrição do serviço e contexto histórico do local de estudo;
- ✓ Elaboração do perfil dos profissionais entrevistados;

b) Nível de encontro com os fatos empíricos:

- ✓ Ordenação dos dados - escuta das fitas gravadas, leitura da transcrição das entrevistas e leitura dos diários de campo com as observações dos pesquisadores;
- ✓ Classificação e Condensação dos dados - leitura horizontal e transversal dos dados, questionamentos, e organização dos dados em categorias empíricas

pré-estabelecidas ou em novas categorias, com base no que era mais relevante nos textos, e no referencial teórico, utilizando-se da organização proposta pelo Quadros 1 e 2:

Quadro 1 - Quadro de consolidação da entrevistas por atividades coletivas:

	Grupos	Oficinas	Reuniões de equipe	Outras
E1				
E2				

Quadro 2 – Quadro de consolidação das observações de campo por atividades coletivas:

	Grupos	Oficinas	Reuniões de equipe	Outras
O1				
O2				

- ✓ Sistematização dos dados em três categorias de análise: diversidade de atores, horizontalidade das relações problematização /resolutividade de problemas, a exemplo do Quadro 3:

Quadro 3 – Quadro de Sistematização das atividades coletivas de acordo com as categorias de análise:

	Diversidade de atores	Horizontalidade das relações	Problematização e Resolutividade
Grupos			
Oficinas			
Reuniões de equipe			
Outras			

- ✓ Análise Final: estabelecimento de relações dos dados da Pesquisa entre si e com os referenciais teóricos, respondendo às questões ou pressupostos, com base nos objetivos do estudo.

4 Resultados e discussões

4.1 A Saúde Mental em Alegrete

Inicialmente procura-se descrever a história do município e apresentar algumas informações sobre sua estrutura e aspectos culturais, seguida da construção da política local de saúde mental, associada a um caminho histórico de lutas. Posteriormente, se apresenta o CAPS em estudo, como parte da rede municipal de saúde mental.

4.1.1 O Contexto histórico do município e da saúde mental

O município de Alegrete (Fig. 4) localiza-se na fronteira oeste do Rio Grande do Sul a 506 Km de distância da capital, Porto Alegre, fazendo divisa com as cidades de Uruguai, Quaraí, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul e Cacequi. Possui uma área administrativa de 7.800 Km², dividida em dois distritos, o Distrito Alegrete e o Distrito Passo Novo.

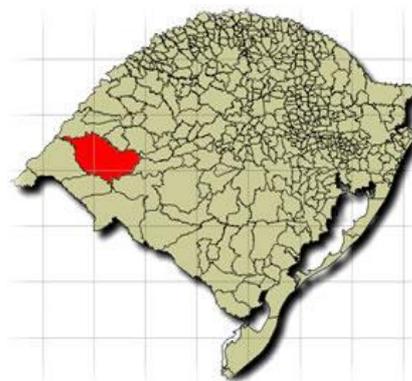


Figura 4 - Localização do município dentro do RS
Fonte: Alegrete, 2009

Alegrete é uma cidade com ricas histórias que marcaram e engrandecem a cultura do povo gaúcho. Suas origens datam do início do século XIX quando em 1801, foi conquistado o território das missões jesuíticas ao norte do Rio Ibicuí, assegurado pela Guarda Portuguesa do Rio Inhanduí em torno da qual formou-se o povoado, onde foi erguida uma capela sob o orago de Nossa Senhora Aparecida, em 1814. As contínuas lutas de fronteira, entre o Reino de Portugal e os dissidentes do recém constituído governo das Províncias Unidas do Rio do Prata, provocou o ataque e queima do povoado e da capela, levando a transferência da povoação para a margem esquerda do Rio Ibirapuitã, em 1817, onde ergueu-se novo povoado e capela, com a denominação de Nossa Senhora da Conceição Aparecida de Alegrete.

Com a Revolução Farroupilha em 1835, Alegrete tornou-se, no período de 1842 à 1845, a 3ª Capital da República Riograndense. Entre batalhas e campanhas, por bravura, determinação e desenvolvimento, a Vila de Alegrete foi elevada a categoria de cidade em 22 de janeiro de 1857 (AIEGRETE, 2009).

Atualmente, Alegrete possui um total de 78. 984 mil habitantes, sendo que destes 39.345 são do sexo feminino e 39.639 pertencem ao sexo masculino (BRASIL, 2009), com uma distribuição quase igual entre os sexos e diferenciada entre as faixas etárias.

A economia do município é baseada na agricultura e pecuária, porém, atualmente Alegrete está se destacando por se tornar um pólo de educação, possuindo quatro universidades: UNIPampa, Instituto Farroupilha, UERGS e URCamp, com cursos de graduação e pós-graduação em diversos ramos de atividade.

A ex-capital farroupilha é considerada "**a cidade mais gaúcha do Rio Grande do Sul**". Em cada 20 de setembro, dia comemorativo da Revolução Farroupilha, organiza uma das maiores movimentações gauchescas do estado, reunindo cerca de 8.000 cavalarianos - de todas as idades, classes sociais e sexo – que desfilam orgulhosos pelas principais ruas da cidade, com suas roupas típicas e suas montarias, em dias de chuva ou de sol (ALEGRETE, 2009).

A cidade tradicionalista de Alegrete é berço cultural, que têm entre seus filhos cidadãos e poetas, nomes como de Oswaldo Aranha, Mário Quintana e Antônio Augusto Fagundes (Nico Fagundes), autor do hoje considerado patrimônio cultural da cidade, “O Canto Alegretense”, tido para muitos gaúchos, como um hino rio-grandense (SANTOS, 2009).

Ao se chegar à cidade de Alegrete, logo se avista o Rio Ibirapuitã (Fig. 5), citado na letra do Canto Alegretense, é o principal afluente do Rio Ibicuí, principal responsável pela hidrografia do município. Um grande rio, com aproximadamente 250 km, em que 180Km dividem o município de Alegrete em duas importantes fontes de economia local. À margem direita do rio, estendem-se as terras mais próprias para agricultura e à esquerda terras melhores para a pecuária. Contudo, é o mesmo rio que em época de cheias inunda grandes áreas, trazendo uma série problemas a população.

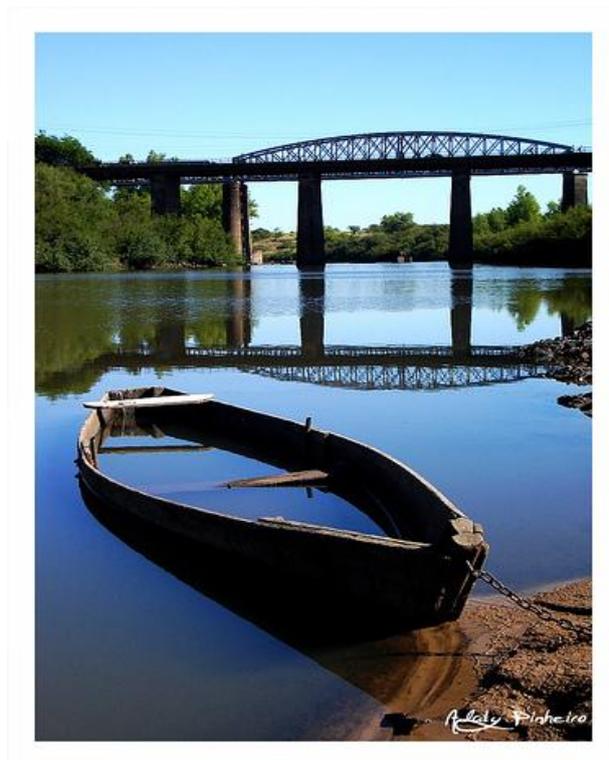


Figura 5 – Foto da ponte sobre o Rio Ibirapuitã

Fonte: PINHEIRO, 2009.

O Rio Ibirapuitã é um marco histórico, turístico e cultural de Alegrete, e seu correr para o Ibicuí, vai levando muitas águas e histórias de vida que colhe pelo caminho.

Histórias essas que incluem a **construção da Política local de saúde mental deste município**, a qual é de extrema importância, considerando que a história das políticas públicas, em um determinado território influencia decisivamente nos resultados e na concretização das ações, assim como conhecer o contexto histórico e a realidade do território em estudo, torna-se imprescindível para a compreensão dialética das informações encontradas.

E é nesse contexto da bela geografia, da diversidade cultural e de muitas peleias² que se construiu a política de saúde mental de Alegrete a partir das preocupações e reivindicações do povo alegretense.

Assim, de acordo com as observações de campo, informações prestadas pelos profissionais, e referências como Salbego (2004) e Ferrari (2009), procura-se apresentar a seguir, a história da saúde mental de Alegrete, através de uma relação de fatos e situações importantes, através de uma linha do tempo que permite identificar eventos e atores em formação e com capacidade para influenciar nos rumos Educação em Saúde.

- Antes de 1989 - cárceres privados e ambulâncioterapia;
- 1989 – Realização de uma Pesquisa sobre a realidade local, para levantamento de necessidades de atenção à saúde mental do município; Articulação de uma Equipe e criação do ambulatório de saúde mental no PAM (unidade de saúde do Bairro Restinga);
- 1991 – Cadastramento de 03 leitos psiquiátricos na Santa Casa;
- 1992 – Criação do Núcleo Alegrete do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), Realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental (SM), Implantação do Serviço de Atenção Integral e Comunitário em Saúde Mental em uma casa na Cohab Restinga;
- 1993 – Participação no Curso de Políticas Sociais e Municipalização/ Universidade da Região da Campanha (URCAMP);
- 1996 – Aprovação da Lei Municipal nº 2662/96, que Regulamenta a Política de SM no município de Alegrete;

² Termo do dicionário gaúcho, relativo a disputas e combates.

- 1998 – Formação da Qorpo-Santo - Cooperativa e da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da SM de Alegrete; Início das atividades do CAPS II, como um serviço do SAIS – Mental, no antigo hospital de tuberculose de Alegrete;
- 2000 – Criação do CADEQ (Centro de Atenção de Dependentes Químicos/ adesão ao projeto estadual de incentivo à atenção em álcool e drogas-Cuca Legal), Cadastramento de 12 leitos psiquiátricos na Santa Casa;
- 2001 – Início do Ciclo Regional de SMC , juntamente com a 10ª CRS, Realização da II Conferência Municipal SM e I Conferência Regional SM;
- 2002 – Cadastramento do CAPS II, conforme Port. GM, nº 336/2002;
- 2004 – Implantação e cadastramento do CAPSi e do Serviço Residencial Terapêutico;
- 2005 – Implantação de um Serviço de Saúde Mental na Santa Casa, e das Moradias Terapêuticas Assistidas;
- 2006 – Realização da Pesquisa CAPSUL, no CAPS II, Adesão ao Apoio institucional do Humaniza-SUS; Aprovação da lei nº 3888/06 – realização do Fórum Municipal de Proteção Integral Infanto-juvenil, Elaboração do Documento Base para uma Política Municipal de Atenção Integral aos usuários portadores de transtornos por abuso de álcool e outras drogas, e Implantação do CAPS AD;
- 2007- Participação no Curso de Especialização em Humanização da atenção e gestão do SUS/MS/UFRGS/UNIJUÍ, Realização de Oficinas de saúde mental na atenção básica, Constituição do Conselho Gestor do SAIS Mental, SAIS da Casa, realização de atividades Intercaps, com Uruguaiana e Santana do Livramento;
- 2008 - Início das Supervisões clínico-institucionais, Realização de Intercâmbio em SMC (com trocas de experiências com serviços de Caxias do Sul); e implantação de Leitos clínicos para AD na Santa Casa;
- 2009 – Criação e implantação do Núcleo Municipal de Educação em saúde coletiva (NUMESC);

Neste contexto, observam-se manifestações de intensa e contínua luta pela implantação e ampliação de serviços e ações de saúde mental, de forma articulada, técnica e politicamente, através de mobilizações dos próprios trabalhadores e da comunidade alegretense. A cada ano, a realidade local se transforma a partir do desenvolvimento de ações que respondam às necessidades identificadas.

A importância desse contexto histórico é reforçada pela seguinte observação:

[...] Ela (Assistente Social 1, e atual secretária de saúde de Alegrete) refere entender que o que estou tentando evidenciar é que no trabalho cotidiano do Caps são realizadas ações que podem ser reconhecidas como de educação permanente em saúde, e diz que de fato isto sempre foi uma preocupação presente do movimento de luta antimanicomial de Alegrete, e que as ações educativas desenvolvidas não são naturais de qualquer processo de trabalho, mas sim resultado de um processo histórico da construção da saúde mental no município.(O4)

Ainda, nesse contexto histórico, chama-se a atenção para participação dos profissionais em várias atividades educativas, com o objetivo de formar e qualificar a equipe para a atenção em saúde mental, e principalmente a preocupação e importância dada por estes profissionais a estas oportunidades, como provocadoras de mudanças para construção de uma nova rede de saúde.

[...] Entre os principais acontecimentos me chamou atenção a preocupação permanente com a qualificação dos trabalhadores que participaram de vários cursos. A Psicóloga 4 diz que os profissionais que fizeram os cursos de especialização, por exemplo, tinham que trazer um projeto de intervenção para o serviço, e que cada curso é provocador de mudanças de práticas.(O4)

Estas considerações vão ao encontro da citação da autora a seguir, a qual refere que:

Um novo desenho do SUS, com vistas à constituição de uma rede de atenção, está relacionada à possibilidade de formação de pessoas com capacidade para articular diferentes espaços de governo, respeitando a autonomia e a legitimidade local e, ao mesmo tempo, inserindo-se na disputa pela conformação dos modelos de atenção e das próprias características das redes de atenção nos municípios e na região (RIGHI, 2003, p. 241).

Embora, práticas educativas como Cursos de Pós-Graduação, se configuram em atividades de Educação Continuada, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (RICAS, 1994), estas podem se aproximar da Educação Permanente na medida em que são utilizadas pelos profissionais como meios de resignificar suas práticas e desencadeiam processos de mudanças, que culminam no desenvolvimento de novas ações em saúde.

Para Motta (1998), a educação permanente tem como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise

dos determinantes sociais e econômicos e, sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais, propondo transformar este profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem.

O Quadro 4, a seguir apresenta os cursos em que os profissionais participaram e que são compreendidos por estes como dispositivos de mudanças do modelo assistencial:

Quadro 4 – Cursos e Processos Desencadeados

Cursos	Processos desencadeados
Curso de Extensão em Saúde Mental Coletiva - Hospital Psiquiátrico São Pedro (1992)	Conferência Municipal de Saúde, municipalização, ambulatório de saúde mental
Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva – URCAMP/Bagé (1993)	Conferência Municipal de Saúde Mental, Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental, Lei 2.662/96, Curso em Administração de Políticas Sociais
Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva – URCAMP/Bagé, Curso de Extensão em Administração de Políticas Sociais e Municipalização/Fundação Educacional de Alegrete (1994)	Espaço de lazer e ampliação dos leitos da Santa Casa de Caridade, Oficina da Voz (hoje Serviço de Fonoaudiologia), Publicação de artigo, Casa do trabalhador
Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva – URCAMP/Bagé(1995)	Associação de Usuários, Qorpo-Santo Cooperativa
Curso de Extensão em Saúde Mental Coletiva/ESP/RS (1999)	Oficinas Terapêuticas e de Expressão
Ciclo Regional de Saúde Mental Coletiva/Nuresc-10ª CRS (2000)	CAPS de Quaraí, Itaqui, Serviços de Manoel Viana e Rosário do Sul (hoje CAPS)
Curso de Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde/UFRGS (2005)	Releitura da História da Saúde Mental e do Protagonismo Coletivo, Rodas do Saber, CAPSUL
Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a PNH/Fiocruz (2006)	Fórum de Proteção Municipal de Atenção Integral Infante Juvenil, Pesquisa sobre Ambiência nas unidades de saúde do município
Curso de especialização em Saúde Pública/Escola de Saúde Pública (ESP/SES/RS) (2007)	Pesquisa sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas e atenção prestada no município. Documento base para uma Política Municipal de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras drogas
Curso de Especialização em Humanização da Atenção e da Gestão no SUS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (2007 e 2008)	Oficinas de Saúde Mental Coletiva, Colegiado Gestor da Política do SAIS Mental, NUMESC, Intercâmbios com trabalhadores da rede do estado

Além de ações de promoção e fortalecimento do controle social, como Conferências, e Organizações Sociais, a implantação de novos serviços, o desenvolvimento de novas ações de cuidado e de educação em saúde, evidenciam o desejo e a concretização de práticas que consolidem um modelo de atenção à saúde pautada nos princípios do SUS.

Ações desenvolvidas com pessoas que vivenciam juntas suas experiências e trabalho em saúde, sendo incorporadas ao cotidiano da gestão e da atenção e compreendidas como ferramenta/estratégia para tomada de decisão e condução gerencial dos serviços de saúde, se constituem em Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005b).

Da mesma forma, também cabe destacar as iniciativas de Capacitação, Ensino e Pesquisa, promovidas pelos profissionais como resultado do próprio investimento na Educação Permanente destes trabalhadores, sendo:

- Rodas de Saber: socialização e construção da política antimanicomial
- Apoio Matricial: Escolas, comunidades religiosas, Centros de Tradição Gaúcha (CTGs), outros serviços da rede regional e estadual
- Cursos e Oficinas : alfabetização, profissionalização, jardinagem e Artesanato
- Capacitações em Saúde e Saúde Mental: Universidade, centros de pesquisa, escolas de saúde pública
- Supervisões Institucionais
- Pesquisa CAPSUL
- Intercâmbio em Saúde Mental Coletiva (SMC): Caxias do Sul, Uruguaiana, Barra do Quaraí, Porto Alegre

Ao constituírem espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção em saúde, como neste caso da Humanização em Saúde e Supervisão clínico-institucional, com processos que permitem incorporar tecnologia e referenciais necessários, pode-se compreender estas ações como capazes de organizar sua prática (CECCIM, 2005).

4.1.2 O CAPS e a Rede de Saúde Mental em Alegrete

O CAPS II de Alegrete é resultado da política de local de saúde mental, que também construiu outros dispositivos, e que atualmente constituem a rede de saúde mental do município de Alegrete, entendida como um sistema chamado de SAISMental.

O SAISMental é composto pelo CAPS II, CAPS i, CAPS ad , Residência Terapêutica, Serviço de Saúde Mental da Santa Casa com 12 leitos psiquiátricos e

leitos clínicos para atendimento em álcool e drogas. Todos articulados com outros serviços da rede de saúde, como serviço de redução de danos, serviço de fonoaudiologia e fisioterapia e unidades básicas de saúde. O Sistema possui uma coordenação geral e um coordenador específico em cada Serviço.



Figura 6 - SAISMental de Alegrete.

Fonte: Arquivo do trabalho de campo Alegrete, 2009.

O SAISMental, representado pela Fig. 6, faz parte da organização e rede sanitária do município que conta com 32 estabelecimentos de saúde, dos quais 22 pertencem ao sistema público de saúde e apenas 3 estabelecimentos com atendimento de emergência em psiquiatria, no âmbito do SUS.

O CAPS II de Alegrete, assim como as ações específicas de saúde mental no município, tem início em 1989. Nessa época havia falta de recursos e as pessoas que trabalhavam na saúde mental eram designadas para esta área por motivo de punição e ou por que não tinham um bom desempenho em outros lugares. Com o passar do tempo o serviço foi se estruturando e ampliando seus espaços na sociedade, com propagandas na mídia, participação em eventos sociais, articulações políticas, melhorias nas condições do serviço, bem como foi o incentivador e estruturador da implantação dos outros serviços da rede.

[...] a estrutura básica, é herança de um antigo hospital de tuberculosos, é um prédio bem amplo com várias salas de atendimentos, identificadas por cores, (sala verde, sala amarela, sala lilás, dentre outras). Existe duas salas grandes sendo que uma é destinada a realização de oficinas e outra para grupos e reunião de equipe. No andar inferior há uma horta, um lugar onde estão organizando um jardim, uma espécie de quadra de futebol, uns banquinhos para os pacientes tomarem sol, e também uma ampla sala onde ocorre oficinas de alfabetização. (O2)

Faz parte da estrutura física do CAPS uma sala de recepção com uma secretaria anexa, refeitório, sala de enfermagem, cozinha, sala com três lugares para repouso dos usuários, sala de TV, e uma sala de atendimento individual, a qual é limpa, pintada de azul claro, com ar condicionado, maca, escada e pia para lavar as mãos, três salas de oficinas.

[...] fomos para sala amarela, para acompanhar a reunião de equipe. Chamou-me a atenção a ambiência, em especial os espelhos. Uma sala grande com cadeiras dispostas em toda volta formando uma grande roda. [...] a Psicóloga 4 foi para Sala Lilás, para dar início a oficina de saúde mental coletiva que hoje trabalharia com o tema mãos, onde cada participante representaria com a confecção de sua mãos os seus diferentes significados. Primeiramente eu circulei pelo serviço, acompanhada daicineira 3 que ao me apresentar a área física ia comentando sobre o funcionamento do serviço e sobre alguns usuários. Havia alguns usuários circulando livremente pelo Serviço e outros se encontravam em duas salas de oficinas trabalhando com papéis, tapetes, e costura. A estrutura do serviço é a mesma, desde 2006, se mantém em bom estado de conservação e é visível a preocupação da equipe com a ambiência [...]. (O4)

Além das cores, dos espelhos, da exposição dos produtos das oficinas, a organização e cuidado com a área física, valorizada como também instrumento terapêutico, é coerente com o conceito de ambiência que inclui o conforto, a privacidade e a individualidade que o espaço oferece valorizando cor, cheiro, som, iluminação (BRASIL, 2007).



Figura 7 - Sala Lilás

Fonte: Arquivo do trabalho de campo Alegrete, 2009.

Esses aspectos referidos a respeito da ambiência podem ser simbolizados e apresentados pela sala lilás, a qual é decorada com produtos de oficinas como a cortina que mostra a Fig. 7.

4.2 Os Mentaleiros de Alegrete

Identificar o perfil dos profissionais que compõem a equipe do CAPS II, inclui as mais diversas formações, com diferentes níveis de escolaridade: médicos, 01 psiquiatra e 01 clínico, enfermeiras, técnicos de enfermagem, acompanhante terapêutico, assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, oficinheiros (alguns estagiários de educação física e pedagogia), recepcionistas, cozinheira, auxiliares de higienização, motorista e parceiros voluntários (sendo que um deles é nutricionista).

Ao buscar informações nas entrevistas sobre o perfil destes profissionais, observou-se que a maioria tem, em média, mais de 10 anos de formação e/ou experiência na área da saúde, e mais de 5 anos de trabalho no CAPS. Sendo que também a maioria teve algum tipo de especialização, ou capacitação para área de saúde mental.

No Quadro 5, apresenta-se as categorias dos 27 profissionais entrevistados na pesquisa CAPSUL, através do círculo hermenêutico-dialético, e que foram sujeitos deste estudo.

Quadro 5 - Profissionais entrevistados do CAPS de Alegrete

Categorias de nível superior	Nº	Categorias nível médio ou fundamental	Nº
Médico psiquiatra	01	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	03
Pedagoga	01	Oficineiros	05
Enfermeiro	02	Recepcionistas	02
Assistente social	01	Cozinheira e Auxiliar de Limpeza	03
Psicólogos	06	Motorista	01
Terapeuta ocupacional	01	Acompanhante Terapêutico	01

Assim, se pode mostrar algumas características comuns e as diferenças que garantem a singularidade e a diversidade dos profissionais que compõem a equipe.

4.3 Os fazeres coletivos

O fazer coletivo é a expressão que se utiliza para se referir as atividades coletivas desenvolvidas no processo de trabalho do CAPS II de Alegrete.

Este serviço possui atividades de atendimento individual psicológico, médico, de enfermagem, ou de outros que ocorrem diariamente em todos os turnos de funcionamento do serviço. Bem como, os atendimentos em grupos, as oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família, reuniões de equipe, assembléias de usuários e atividades comunitárias, que são distribuídas ao longo da semana.

Nestes fazeres cotidianos em que cada profissional de saúde opera seu “trabalho vivo em ato”, e define a assistência ou o modo de cuidar como modelo de atenção à saúde, observam-se como principais e cotidianos instrumentos de produção de cuidado e gestão em saúde do CAPS, a utilização de tecnologias leves ou relacionais e leve-duras ou conhecimento técnico (MERHY, 2004), o que implica em atividades coletivas e não individuais com apenas uso de equipamentos, e

medicamentos, ou tecnologias duras, tornando-se ainda mais relevante a preocupação com a educação permanente destes profissionais.

Observou-se que a maioria das atividades desenvolvidas pelo CAPS II de Alegrete são coletivas, e utilizam tecnologias relacionais e conhecimento técnico. Assim como, em vários momentos essas atividades são realizadas em outros espaços, fora da estrutura física do serviço, incluindo desta forma, ações no território.

Na história da medicina social, já se reconhecia a necessidade de ações coletivas e no território, como práticas includentes, que se diferenciavam de ações segregatórias, de exclusão (FOUCAULT, 1979).

Entre as atividades coletivas realizadas no serviço e apresentadas a seguir, no Quadro 6, algumas se evidenciaram nas falas dos profissionais e observações dos pesquisadores, tomando-se como base as categorias empíricas do estudo – grupos, oficinas, reuniões e outras.

Quadro 6 - Cronograma semanal de atividades coletivas do CAPS

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Reunião do sistema com a coordenação do serviço. Artesanato Flauta doce Assembléia dos usuários	Reunião de equipe Reunião com oficinairos	Atividade física Flauta doce Capoeira Visitas domiciliares Artesanato Oficinas de alfabetização Oficinas de cuidados pessoais	Atividade física Coral Visitas domiciliares	Atividade física Flauta doce Capoeira Reunião do Serviço de Residenciais Terapêuticos. Oficina de saúde Mental Coletiva
Tarde	Artesanato Oficina de documentos perdidos Reunião da Associação de Usuários e familiares	Oficinas de alfabetização e cuidados Oficina de Saúde Mental Coletiva Oficina de documentos perdidos	Oficina de Saúde Mental Coletiva Oficina de documentos perdidos	Oficina de saúde mental coletiva no Passo Novo-UBS rural Grupo Tulipa obesidade Oficina de documentos perdidos	Oficina de saúde mental coletiva Teatro Oficina de documentos perdidos

Destacam-se algumas considerações a respeito de cada uma desses fazeres.

Com relação a grupos, observaram-se apenas algumas atividades, como o grupo de dependência química que era realizado pelo psiquiatra, e que hoje passou para o CAPS AD, e o grupo Tulipa, que cuida da questão da obesidade. A maioria é chamada de oficinas, e em uma observação de campo, uma das profissionais nos fala a este respeito.

[...] Comentei que havia percebido que a maioria das atividades, são chamada de oficinas, e não de "grupos". Ela (Assistente Social 1) diz que sim, que não usam aquelas atividades tradicionais com grupos específicos, e que em todas as atividades há sempre uma produção, mas não só de produtos, como oficinas de tapetes, de marcenaria, de pintura, mas produção de vida, de sujeitos como nas oficinas de saúde mental coletiva, na de capoeira, etc. Comentou que, as atividades valorizam o cotidiano dos usuários, em que se pode tirar algo da situação que está vivendo e a prender a reolhar a vida de outro modo. (O4)

As oficinas são as mais variadas possíveis, e conforme comentadas na observação anterior existem aquelas tradicionais, como as de artesanato, que incluem tricô, crochê, desenho, pintura, bordados, tapetes, etc. Contudo, há também oficina de horta, teatro, flauta, alfabetização, documentos perdidos, atividades físicas, como caminhadas, ginástica, capoeira, e a de saúde mental coletiva.

Destaca-se a oficina de saúde mental coletiva, que acontece todos os dias da semana – sendo um espaço de escuta em grupo, no qual a cada oficina é discutida uma temática diferente, como: a depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade; a família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental; o trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências; o futuro, a juventude, o relacionamento com os pais e a sociedade; o trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de tratamento; o casal, o amor, o cuidado, o relacionamento e a sexualidade.

Em uma das temáticas desenvolvidas nas oficinas de saúde mental foi problematizado os significados das “nossas mãos”, a partir da construção e expressão individual da mão de cada um, possibilitando emergir e valorizar a

singularidade dos participantes, como se pode observar pelo produto desta oficina, apresentado na Fig. 8.



Figura 8 - Oficina de Saúde Mental Coletiva
Fonte: Arquivo do trabalho de campo Alegrete, 2009.

Nessas diferentes oficinas observa-se a capacidade dos profissionais e dos usuários em utilizar seu “empoderamento” para criar, inventar, e protagonizar modos de fazer, que venham ao encontro de suas necessidades de cuidado, na perspectiva da produção de saúde e de vida.

Observa-se como diz Merhy (2004), o protagonismo de trabalhadores e usuários de saúde, com a arte ou a ciência que cada um tem de governar, nos seus espaços de trabalho e de relações, guiado por diversos interesses, organizando suas práticas e ações de saúde, e tendo como resultado um processo de produção em saúde, num espaço micropolítico de poderes.

Essas considerações apontam as oficinas como importantes atividades coletivas de CAPS, a serem potencialmente reconhecidas como práticas de EPS.

Quanto às reuniões, são desenvolvidas reuniões de equipe; da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da SM; reuniões com o SRT; e as assembléias dos usuários.

Nas diversas reuniões observaram-se princípios de EPS, contudo, aqui já se destaca o potencial das reuniões de equipe, como espaço de Educação Permanente em Saúde.

A começar pela reunião da coordenação do SAISMental, com todos os coordenadores de serviços, que ocorre uma vez por semana, e onde são abordados assuntos referentes a toda rede do serviço de saúde mental; e a reunião de equipe do CAPS, que também é semanal, com a participação de todos os profissionais, de todos os níveis de conhecimento (sejam técnicos de nível superior ou não).

Nas reuniões da equipe do CAPS, são tratados diferentes assuntos: aqueles referentes aos usuários, com trocas de informações e saberes dos profissionais, incluindo situações vivenciadas no serviço ou decorrentes de visitas domiciliares; e outros que dizem respeito as questões administrativas e de gestão do serviço, como preocupação com a educação permanente da equipe, com a inserção social dos usuários, a organização e planejamento das atividades do serviços, e articulação com outros segmentos da rede.

Outras atividades coletivas, que chamaram a atenção pelas suas potencialidades com relação às práticas de EPS, foram: visitas domiciliares, visitas de acompanhamento do hospital geral, acompanhamento de usuários às compras, e diversas atividades de mobilização comunitária, e principalmente as Rodas do Saber.

As Rodas do Saber, em que o saber é socializado quando cada um que sai para fazer algum curso, capacitação, ou outra atividade traz o que aprendeu e apresenta para a equipe; Contam que as rodas do saber foram ampliadas para toda a rede de saúde do município e foi criado o NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva; E que na próxima roda dos saber eles vão apresentar a história do CAPS II para os demais serviços da Rede. (O4)

As Rodas do Saber, bem como os demais fazeres coletivos identificados além de grupos, oficinas e reuniões, foram sistematizados e analisados de acordo com suas implicações com a EPS, as quais se apresentam a seguir no que se pode chamar de construções permanentes e que se constituem nos principais resultados desta pesquisa.

4.4 As construções permanentes

Entende-se como construções permanentes todas aquelas atividades coletivas que puderam ser reconhecidas por diversas características como práticas ou experiências de Educação Permanente em Saúde, no processo de trabalho de um CAPS.

Além da relação com o referencial teórico e metodológico escolhido, inicia-se pelo reconhecimento de práticas pedagógicas, e para tanto se considera o que diz a seguinte autora:

Práticas pedagógicas são todo o conjunto de rotinas, fluxos, tempos, espaços e relações que, operando em nossos cotidianos, funcionam como aparelhos/máquinas produzindo subjetividades coletivas e individuais, como também, toda maquinaria que inscreve em nossa corporeidade e vidas marcas que ensinam formas autorizadas e desejáveis de saúde, corpo e vida ou passam a autorizar outras saúdes, outros corpos e outras vidas. (SHAEDLER, 2003, p. 31)

Em um serviço de saúde muitas são estas práticas que produzem subjetividades e que deixam marcas que ensinam várias formas de cuidar de si e do outro, individual ou coletivamente, e que produzem vida e saúde, não havendo grandes dificuldades em identificá-las, porém o desafio se coloca na medida em que se precisa dar-lhes significados que as aproximem da EPS, e que possam ser compreendidas e valorizadas pelos diferentes atores da gestão, da formação, da atenção e do controle social.

O reconhecimento destas atividades coletivas no processo de trabalho de um CAPS, como práticas pedagógicas, e como potenciais ou inequívocas ações de EPS podem fortalecer a concretização da integração ensino-serviço, como prevê a política de Educação Permanente em Saúde, e facilita aos trabalhadores o entendimento de que é no próprio cotidiano do trabalho, que podem ser identificadas as respostas para resolução de seus problemas, a partir da construção dos conhecimentos necessários.

Desta forma, a partir da sistematização e discussões dos resultados de acordo com as categorias de análise, apresentam-se as práticas e experiências de Educação Permanente em Saúde, reconhecidas neste estudo, no seguinte quadro:

Quadro 7 – Sistematização dos resultados

Temáticas	Características relevantes
Diversidade de Atores	Participação de diferentes atores
	Utilização de diferentes espaços e horários
Horizontalidade das Relações	Relação de igualdade entre profissionais e usuários
	Inclusão e valorização de diferentes atores
	Co-gestão
Problematização e Resolutividade	Valorização do interesse dos atores e utilização de informações do cotidiano
	Educação em saúde
	Planejamento de ações
	Avaliação das práticas
	Resolução de problemas

As características consideradas relevantes em cada temática são aspectos observados no desenvolvimento das atividades coletivas do CAPS, que apontam e justificam o reconhecimento de práticas ou experiências de EPS, conforme as referências e discussões apresentadas.

Diversidade de Atores

Esta temática apresenta os resultados e discussões das ações reconhecidas como práticas e experiências de EPS, por serem desenvolvidas com **diferentes atores** e em **diferentes espaços e horários**.

Ações que garantam a diversidade de atores, que na EPS constituem-se no envolvimento de um quadrilátero composto pela atenção, gestão, formação e controle social. Isto é, incluindo a participação dos profissionais dos serviços de saúde, dos gestores de saúde e de outros setores, coordenadores de políticas e serviços, de professores e alunos de instituições de ensino, dos usuários, familiares, representantes comunitários, conselheiros de saúde, e outros.

Como diz Santos (2000), devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas também devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza.

Portanto, a diversidade de atores é necessária para que haja compreensões diferentes acerca dos problemas e seus condicionantes, segundo seus valores, posições e interesses, pois cada um percebe a realidade desde seu lugar, sendo possível que um problema para um determinado ator pode ser um tema indiferente ou solução para outro (BRASIL, 2005b).

Os serviços de saúde tradicionalmente desenvolvem suas atividades com o envolvimento basicamente de profissionais e de usuários, e muitas vezes com a participação de apenas algumas categorias profissionais e os usuários limitados a determinados grupos identificados por problemas comuns.

Neste estudo observou-se que a participação de diversos atores ocorre em diferentes atividades, ora envolvendo uns, ora envolvendo outros. Na maioria das vezes não contempla o quadrilátero em uma mesma atividade, contudo, respeitando-se a especificidade e natureza desta, evidencia a possibilidade de contemplar diferentes olhares, mesmo quando há apenas a participação de dois atores.

Deste modo, podem-se apresentar as evidências da relevante preocupação do serviço em contemplar uma diversidade de atores a partir de duas características: pela participação de diferentes atores, desde profissionais, usuários, familiares, amigos, pessoas da comunidade em geral, gestores e outros; e pela utilização de diferentes espaços e horários.

A **participação de diferentes atores** segue sendo discutida com as seguintes falas:

[...] A gente já trabalho junto com o Amor Exigente, com o conselho anti-drogas. Dependendo do tema a gente vai ampliando as pessoas que convida. E o pessoal da educação tem vindo em quase todas, sempre tem alguém do "SPERS". [...] quando a gente faz Roda do Saber que o tema é álcool e droga, está sempre presente o amor exigente, o conselho anti-droga, e o AA. [...] gente não tem fechado em quem trabalha no sistema, não, tem gente de fora que também tem participado. (E5)

[...] quase todas as Rodas do saber que eu vim, sempre tinha algum Agente Comunitário, que são eles que tão envolvidos diretamente com o bairro, não é? (E18)

Os discursos demonstram que nas atividades realizadas como grupos, peças de teatro, e as rodas do saber há a participação de usuários e profissionais do próprio CAPS e de outros serviços, ou setores, como da educação. Em que a possibilidade de diferentes olhares é contemplada pela participação de atores para além do serviço, proporcionando que as trocas de saberes e experiências integrem toda a rede de serviços de saúde. E mesmo que não envolvendo diretamente a formação de profissionais de saúde, a participação do setor de educação com certeza promove formadores de opinião e de cidadãos.

A observação abaixo também auxiliam a evidenciar a participação de outros atores, como voluntários, além de usuários e profissionais de outros serviços.

[...] O grupo Tulipa, funciona já há 4 anos e conta com a colaboração de uma nutricionista (que hoje não estava presente e mais uma facilitadora voluntária, Dona de casa, com conhecimentos básicos sobre alimentação e hábitos saudáveis [...] o teatro começou, os adolescentes do CAPSi que fizeram o teatro são do Projeto Adolescer Teatro. Eram três gurias (que são irmãs), e dois guris que representaram. Acompanhavam dois profissionais do CAPSi, um monitor e mais dois guris que não identifiquei se eram profissionais ou usuários do CAPSi [...].(O3)

A participação de atores para além daqueles da equipe e de usuários do próprio CAPS mostra o envolvimento deste serviço com outros serviços e coma comunidade, proporcionando a ampliação das contribuições diversas que outros

podem trazer, e se constituindo no enriquecimento pedagógico que a pluralidade traz.

Nas falas sobre reuniões de equipe se evidenciam a participação de diferentes profissionais, possibilitando que as discussões de casos, por exemplo, também contemplem diferentes olhares.

É, a reunião de equipe é a partir do que cada um da sua área informa, “oh, o fulano, o paciente X lá está melhorando. E como eu percebo também, não é? Cabe em conjunto em dizer não, se vai progredir? Para semi-intensivo ou não-intensivo? (E25)

[...] Então, a gente tem desde os serviços gerais, o auxiliar, até a coordenação, estão sempre. [...] geralmente os profissionais médicos eles gostam de dar uma escapadinha da reunião. Não, ela briga e coisa e tal. [...] então, deixa a maletinha dele, aí ele e senta e fica. Inclusive o pessoal da tarde e até os guardinhas da noite, os vigilantes, acabam vindo. (E1)

Percebe-se que os profissionais, ao se referirem às reuniões, deixam claro que a equipe não é constituída apenas pelos chamados “técnicos”, e sim por todos os trabalhadores do serviço, que constituem a pluralidade necessária para a manifestação de diferentes e singulares olhares, e que todos são importantes e estimulados a participarem.

Estas observações vêm ao encontro de que para produzir uma ação de saúde no campo psicossocial é preciso utilizar o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, com superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para que esta ação seja compatível com a necessidade do usuário (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2005).

Neste caso, acredita-se que pelo menos para maioria dos profissionais, as reuniões não são realizadas apenas como uma obrigação, uma tarefa a ser cumprida, em que geralmente participam apenas algumas categorias e que outras ficam sempre excluídas. E sim, há um evidente esforço para que realmente todos participem e se comprometam com um projeto terapêutico coletivo, que só poderá responder às necessidades do usuário se contar com a contribuição e participação dos tão diferentes atores que atuam no processo de trabalho do serviço. Sem

limitar à participação de categorias de nível superior, e ao contrário incluir todos os trabalhadores.

Ainda em relação a inclusão de diversos atores se considerou relevante a possibilidade de participação familiares, amigos e de pessoas da comunidade em geral, o que se entende levar o serviço a estabelecer um vínculo com a comunidade potencialmente capaz de produzir conhecimentos necessários ao “saber” lidar com a loucura, dentro e fora do serviço, além de colocá-lo num status de prestadores de serviços a comunidade para além da doença, mas para cultura, lazer, a qualidade vida.

É feito até um grupo que vem o usuário, o usuário lá convoca o amigo, o amigo já convoca o outro (E2).

Além, da fala acima, algumas observações de campo também reforçam as constatações de participação da comunidade.

[...] usuários formam a roda junto com os oficinairos e treinam a ginga e alguns golpes [...] o filho de uma usuária, um piá de oito ou nove anos participa. (O1)

[...] os integrantes do grupo são pessoas da comunidade, não necessariamente usuários do serviço, pessoas encaminhadas por algum serviço ou ainda demanda espontânea, procuraram por vontade própria. (O3)

O atual coordenador do serviço fala das oficinas de Capoeira e sua relação com a loucura, diz que os mentaleiros são capoeiristas da reforma psiquiátrica; E que as oficinas de Flauta, Capoeira e Ginástica são abertas a comunidade, qualquer pessoa pode participar. (O4)

Em atividades como grupos e oficinas é que ocorre maior abertura para participação das pessoas da comunidade, contudo ainda observou-se a realização de outras atividades como as audiências públicas e as assembléias, que contemplam outros atores, além da atenção, mas também da gestão e principalmente do controle social.

[...] nós fizemos a audiência pública para debater os princípios dos serviços pra usuários de álcool e outras drogas e aí a gente construiu, através das audiências públicas, todo esse material, muito legal, que a gente fez todo um esforço conjunto entre Santa Casa, Comunidade Terapêutica, CAPSi, CAPSII, CAPSad, conselho de assistência social, secretaria municipal de assistência e educação, o ABA, agente comunitário [...]. (E5)

E aí surgiu uma coisa que a gente faz e que eu acho legal e que eu vivo repetindo, que a gente chama de assembléia que é um espaço de gestão proporcional ao trabalhador, ao usuário e ao gestor do local, combina regras, diretrizes de gestão e, aumenta a história de controle social sobre a ação em saúde mental. (E6)

Estas participações da comunidade são características que garantem extrema potencialidade pedagógica às ações em saúde, porque fortalecem o exercício da cidadania, enquanto processo histórico de conquista popular, em que a sociedade adquire consciência e organização para efetivar seus próprios projetos (DEMO, 1992).

Como já se havia dito entende-se que a **utilização de diferentes espaços e horários** na realização das atividades promovidas pelo CAPS é também importante característica por proporcionarem a inclusão de outros atores:

[...] na associação dos médicos ali, tem um espaço assim, que tem um auditório, que era aberto justamente para isso, para familiar, amigo, conhecido desses dependentes químicos [...]. (E16)

[...] já nas reuniões do conselho municipal se fazia esse debate. (E5)

[...] Conversamos com a comunidade, instalamos um telão no meio do bairro lá e, passamos uns slides em retroprojeter com toda a proposta para eles entenderem o que era a residência. (E4)

[...] a gente faz essas palestras, participa dessas ações aqui na comunidade [...], faz folhetos explicativos, eu levo, mas o que a gente ta querendo agora assim, que eu também assim e, várias pessoas, cada uma do seu jeito, é participar mais da comunidade. (E11)

Uma vez por mês aqui ou na décima. A gente consegue o auditório. Aqui tem um lugar bem bom. Quando é muita gente, que a gente vê que tem mais pessoas convidadas, a gente faz na décima. A última foi no CAPS infantil, porque é aberto para todo o sistema. Mas assim, se tu não circular por todos, o pessoal que é do CAPS infantil já vêm menos. [...]. E o pessoal lá prefere sábado de manhã. Então fizeram a última lá, sábado de manhã, entende, que o pessoal escolheu e aí a gente faz. (E5)

Percebe-se pelos discursos que as atividades realizadas pelo CAPS não se limitam apenas ao seu horário de funcionamento ou ao seu espaço físico, o que sem dúvida facilita o envolvimento de muitos outros atores, além do que a circulação e produção de atividades de um serviço de saúde em espaços comunitários é o que verdadeiramente torna este trabalho coletivo, com concretas práticas e experiências de educação permanente em saúde. As quais se apresentaram na utilização da associação médica, do Conselho Municipal de Saúde, nos bairros, na Coordenadoria Regional de Saúde e no CAPS I.

Esta observação ainda mostra a realização de uma atividade em um espaço público, de grande circulação de pessoas, o que proporciona a socialização de informações sobre o serviço e a produção artística e cultural dos usuários como expressão de vida e saúde .

[...] Falou sobre uma exposição das pinturas dos pacientes que será feita hoje no banco Banrisul [...]. (O3)

Para Buss (2000) assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente o seu potencial de saúde, conhecendo e controlando seus fatores determinantes, reforçando a responsabilidade e os direitos da comunidade pela sua própria saúde, é uma finalidade da educação em saúde.

Horizontalidade das Relações

As ações reconhecidas como práticas ou experiências de EPS necessariamente são aquelas que respeitam a horizontalidade das relações, considerando os participantes como sujeitos, incluindo **relação de igualdade entre profissionais e usuários, inclusão e valorização dos diferentes atores e gestão**, que fazem desta temática uma importante parte de análise deste estudo pelas evidências encontradas.

Como dizem Freire e Brito (1986), nada é mais pedagógico no sentido de desenvolver autonomia e criatividade do que relações não autoritárias.

Para além da diversidade de atores, numa atividade de educação permanente em saúde, os envolvidos não executam apenas ações centradas na doença, mas planejam, refletem e controlam as formas de atenção e de gestão, agindo de forma articulada, a partir de relações horizontais, sem sobreposições de poder, em que todos que todos que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.59).

Uma das características observadas na análise dos resultados que evidenciam relações horizontais é a **relação de igualdade entre profissionais e usuários**, conforme se percebe na observação deste pesquisador:

o grupo da psicóloga 7 [...] se chama saúde do trabalhador, e a profissional refere que é uma proposta de apoio psicoterapêutico. [...] Elton refere ter tido recaída nos últimos dias, sente-se fraco, com vontade de ficar encerrado no quarto ou “sair a campo caminhar” [...]. A Terapeuta questiona o que o grupo sugere para auxiliar o Elton, umas das usuárias sugere que ele leve a mensagem com a qual ele se identificou no outro encontro. (O1).

Neste caso entende-se que há uma relação de igualdade entre a profissional e os usuários no sentido de igualdade de possibilidades de ajuda, em que o profissional não é o único que detém o conhecimento e o poder de ajudar, mas qualquer participante do grupo, o que estabelece uma relação terapêutica e

pedagógica, em que os participantes se permitem ensinar e aprender uns com os outros.

A possibilidade de diálogo entre os participantes corrobora com o que diz Freire (1988), em que dialogar implica numa relação horizontal que se nutre da esperança, da confiança, da humildade, e da simpatia, e não de uma relação vertical onde apenas um fala e outro ouve.

É observado também um deslocamento das relações de poder, em que para Foucault (1979), o intelectual não é o dono verdade, mas aquele que permite a expressão da verdade do outro, e que luta contra um poder alienante que não reconhece que as massas, o outro também sabe o que quer e sabe dizê-lo.

Deste modo, uma ação coletiva em que os profissionais identificados como intelectuais permitam que circule a fala e a expressão dos modos de saber se cuidar dos usuários, reconhecendo-a como uma teoria, uma verdade, horizontaliza as relações de poder e se caracteriza como uma prática de EPS.

Com relação à **inclusão e valorização dos diferentes atores**, se observou evidências em diversas atividades, como se pode demonstrar nas observações a seguir:

[...] no final as usuárias fazem uma rápida avaliação, referem que tem sido muito bom vir no grupo e que se sentem bem cuidadas, falam do bom vínculo que tem com a psicóloga³ e como a fala do outro ajuda a ver de outra forma os seus problemas. (O2)

[...] “saúde mental pra mim quando eu vim pra cá me trouxe muito esclarecimento, gostei mais que a minha cabeça se organizou mais, tomei atitude de vir pra aqui”. Sr. Pedro refere que “ aqui é minha segunda casa e todos são meus irmãos” e sugere que o nome da biblioteca seja Mário Quintana porque ele sempre aparece na televisão. O usuário Julio me apresenta os livros que eles ganharam para dar início a criação de uma biblioteca, todo orgulhoso. (O2)

Nestas observações de campo se percebe usuários opinando, sugerindo, fazendo avaliações, contribuindo com decisões do serviço, de forma que se sintam valorizados, participantes ativos dos grupos e oficinas, a partir da compreensão que suas singularidades são importantes e precisam ser valorizadas.

Características que ficam ainda mais evidentes quando se pode perceber que os usuários são vistos como sujeitos e são co-responsabilizados pelo cuidado à saúde, reforçados pelo discurso destes profissionais.

[...] vão levar pra casa os livros, só que a gente fez aquele compromisso, tu leva o livro, mas tu trás amanhã e aí tu vai trocar. (E24)

Eu também trabalho com as regras que existem e que são as leis, com o respeito e também trabalho muito também nas ruas assim, conhecer as instituições que nós temos, para saber que a gente vive, realmente, em comunidade e todos nós somos cidadãs, cidadãos e temos o direito de usufruir. Então minha proposta é essa de fazer com que eles se vejam como cidadãos. (E17)

Falas que ficam reafirmadas na observação de campo do pesquisador ao relatar a atividade presenciada.

[...] A professora explicou sobre a biblioteca, que eles tinham que pegar os livros para consultar, que podiam levar para casa e trazer no outro dia, explicou o que é pesquisa, falou que mesmo as pessoas que não sabem ler terão outra mensagem ao folheá-lo. A atividade para casa era pegar um livro em casa, abrir e descobrir sobre o que o livro fala; mesmo quem não sabe ler que pergunte para alguém e fale amanhã. Uma usuária pediu para levar um livro, ela anotou o nome dela no papel e confirmou o compromisso de que ela traga o livro de volta amanhã. (O3)

Sem dúvida quando se fala em uma oficina de alfabetização se diria que está implícita uma ação pedagógica, mas há de se considerar aqui o contexto de um serviço de saúde, que nem sempre contempla esta atividade nos seus projetos terapêuticos e não percebe o quanto este um cuidado é legítimo de uma prática de educação permanente em saúde, que se faz terapêutica, justamente por que os envolvidos aprendem e ensinam modos de vida, com cultura, cidadania, responsabilidades.

Para Freire (2005), a alfabetização se autentica quando o alfabetizando é um sujeito de sua aprendizagem, em que o alfabetizador está disposto a viver “com” o alfabetizando uma experiência no qual este “diz a sua palavra” e não apenas escuta a do alfabetizador. E esta consideração é percebida pela forma da professora

interagir com os usuários, valorizando o modo de cada um aprender e implicando-os como sujeitos responsáveis pela sua aprendizagem.

A terceira característica com relação à horizontalidade das relações diz respeito à **Co-gestão**, a qual se entende ter sido contemplada pela inclusão e valorização de todos os profissionais da equipe, onde todos opinam e participam, pelas discussões e decisões em equipe, com responsabilidades compartilhadas e pactuadas a partir dos consensos e dos conflitos, que puderam ser evidenciadas no desenvolvimento das rodas do saber e principalmente das reuniões de equipe.

A co-gestão do trabalho como espaço de educação permanente em saúde deve substituir a tradicional estrutura de organização e gestão hierarquizada e verticalizada dos serviços sanitários. A gestão colegiada para uma educação em serviço coloca os atores em uma operação conjunta, em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva (BRASIL, 2005d).

[...] A coordenadora não faz, não decide nada sem estarem todos juntos, todos. [...] Inclusive da coordenação da reunião a gente também ampliou porque sempre era a psicóloga² que coordenava a reunião. Agora não, cada dia é um que coordena. (E1)

Nós temos também as reuniões, da equipe de trabalho e essas reuniões nos ajudam muito, porque a gente troca idéias. Tem vezes assim que, que a gente não sabe em que caminho andar, alguma dúvida, algum auxílio, então a gente sempre tem a quem recorrer e, eles estão sempre prontos, a equipe toda sempre pronta a se juntar. Então achei isso aí muito legal assim dentro do CAPS, e realmente funciona. (E17)

[...] A gente opina sempre. Sempre quando tem algum projeto, esse projeto de higiene mesmo que eu te disse que eu participei, ela colocou, perguntou quem queria trabalhar, dentro da oficina [...] Todo mundo participa, e todo mundo dá a sua opinião. (E18)

É discutido em equipe, as reuniões de equipe servem pra isso assim. Para ir trazendo novas idéias, coisas novas. Ai se discute ali, e se chega a um acordo se é bom para o Serviço, se todo mundo concorda, e segue em frente. Todos participam. (E19)

Toda terça feira na reunião da equipe é colocado os problemas, e as idéias, e é ali que a gente decide [...] é dentro dessas reuniões que a gente vê como é que vai ser feito, e por quem? (E23)

A gente sempre teve uma, uma atitude mais interativa com as reuniões semanais, então a gente estava assim, fazendo um trabalho conjunto. Estava fazendo uma divisão de papéis, de atividades. (E25)

As falas deixam clara a preocupação em dividir responsabilidades e tomar decisões em conjunto, sendo as reuniões de equipe um instrumento para co-gestão em que os nós críticos são definidos a partir de consensos ou acordos, construídos em espaços coletivos, priorizando problemas abordados, segundo os diferentes interesses e posições dos atores envolvidos (BRASIL, 2005b).

Entendo consensos não como ausência de conflitos, com igualdade e uniformização das opiniões, mas possibilidade de nas diferenças serem dialeticamente construídos pactos de responsabilidades por meio de discussões, análises e críticas dos pontos de vistas contrários, até chegar a uma unidade, que defina as decisões a serem respeitadas por todos.

Para Campos (2000) a co-gestão é um movimento político de desconcentração de poder, um modo de produzir democracia e organização horizontal do trabalho em saúde, baseado em pessoas potentes para sustentá-la. Cria espaço de poder compartilhado, e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no coletivo operador das práticas, pois constrói compromisso e responsabilização.

Além, dessas características serem relevantes por identificarem-se com princípios de EPS, são também coerentes com as formas de organização do Modo Psicossocial que baseiam-se num organograma horizontal, com um fluxo em que o poder decisório se dá através de reuniões gerais, nas quais a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade (COSTA-ROSA, 2000).

Para determinada categoria profissional de atores, no caso da enfermagem, por exemplo, a superação de práticas custodiais e burocráticas de trabalho podem ter sido possibilitadas pela construção de um processo de constituição dos profissionais como sujeitos-sociais, sujeitos-cidadãos que, ao se perceberem criticamente como co-responsáveis por um trabalho coletivo, também se

responsabilizam por todos os atos desse trabalho e utilizam (ou não utilizam) as possibilidades de ruptura com os saberes e práticas hegemônicas (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

Assim, percebe-se que outras categoriais profissionais além de médicos e psicólogos que comumente exercem o domínio de saberes na área de saúde mental, também ocupam seus espaços num coletivo de saberes e fazeres, protagonizando novas relações interdisciplinares e colaboram com a possibilidade de uma gestão, mais participativa, mais democrática.

A gestão do trabalho pode ser reorganizada, ressignificada, democratizada, em um novo modo de gestão. Entretanto, a tensão entre um modelo ou outro pode ser constante e precisa ser permanentemente questionada e repensada, para que a gestão do serviço não caia na lógica gerencialista baseada na produtividade, na eficácia e no efficientismo, bastante freqüente na administração pública e conhecida como novo gerencialismo (HYPOLITO, 2008).

Problematização e Resolutividade

Esta temática é a mais complexa, pois apresenta diversas características como: **valorização do interesse dos atores e utilização das informações do cotidiano; educação em saúde; planejamento de ações; avaliação das práticas; e resolução de problemas.**

Essas características reúnem uma série de atividades que oportunizam problematizar realidades, questionando e refletindo sobre determinadas situações, que são capazes de ressignificar práticas, atualizar, produzir e socializar conhecimentos, e construir coletivamente a resolutividade dos problemas.

Como diz Ceccim, Armani (2001), o pensamento problematizador é aquele que inventa novas questões em lugar da busca de respostas, nestas atividades percebe-se que a busca da resolução de problemas, não necessariamente se dá pelo encontro de todas as respostas, mas muitas vezes por novos questionamentos que permitem o não acomodamento das práticas.

Uma experiência vivida de forma prazerosa e mobilizadora passa a ser uma aprendizagem significativa na medida que permite ampliar a compreensão sobre o trabalho e que se relaciona com o projeto de desenvolvimento de cada um, qualificando a prática e possibilitando a solução de problemas identificados nas situações de trabalho ou vivências cotidianas (BRASIL, 2005b).

Várias características relevantes foram encontradas com relação a esta temática e possibilitam reconhecer práticas e experiências de EPS no processo de trabalho do CAPS em estudo.

Inicialmente observou-se a **valorização do interesse dos atores e utilização de informações do cotidiano**, relacionadas ao contexto e a cultura.

[...] na parte ali da alfabetização, [...] nós trabalhamos com aquele potencial que todos nós temos e que todos eles têm, que todos nós somos capazes. Todos têm as suas vidas, têm sonhos, e eu trabalho muito com isso aí, com sonhos, com aquilo que a gente quer, que a gente têm que ter objetivos que nós podemos fazer aquilo que queremos. [...] Eu coloquei o nome de arte pedagógica porque a gente trabalha na parte pedagógica, de literatura, dramaturgia, canto, essas coisas assim que, eu acho que eleva o espírito e faz bem, e é cultura. E também dentro disso tem alfabetização. E também tem horticultura e fruticultura, na jardinagem, a gente trabalha ali. E a minha proposta foi a seguinte: nesse lado, da horticultura e floricultura é que eles tenham uma visão do trabalho junto a natureza.[...]. (E17)

Na minha oficina eu não obrigo ninguém fazer nada assim, tu vai fazer isso ou aquilo ou aquele outro. Eu pergunto o que eles querem fazer, o que eles gostariam de fazer e dali a gente desenvolve [...]. (E21)

[...] o que eu trago pra eles é o dia de hoje, é o que eles estão assistindo na televisão, o quê que foi que mais chamou a atenção deles ontem à noite e o quê que foi hoje. [...] porque eles ouviram, a gente comentou sobre Mário Quintana, queriam saber quem era, e era um alegretense, não é? O que ele fez? (E24)

Ai eu faço atividade manual. Com a aula de tricô, mas o crochê eu sei, a pontilha, o crochê de cima também. Os tapetes, eles fazem, gostam muito de fazer tapete. To sempre inventando. Na época da copa eu inventei de fazer a bandeira, saiu muito bonita. (E18)

Eu trabalho em oficinas, na oficina laranja, é edredom de fibra, que daí teve um curso do SENAI aqui, eu aprendi aqui, e usuários, tanto masculino como feminino eles fizeram o curso. É esses edredons de fibra, o acolchoado de lã onde a gente lava a lã, carda a lã, Todo aquele processo e depois faz normal. (E20)

Percebe-se nestes discursos uma forte relação com o educador libertador, como aquele que busca o objeto de aprendizagem na cultura do educando e na consciência que ele tenha da mesma, devolvendo o conhecimento de forma organizada e sistematizada (FREIRE, 1970).

Nas observações de campo também se evidenciam a preocupação dos profissionais em buscar aproximar o diálogo de elementos presentes na vida dos usuários.

O psiquiatra nos apresentou e iniciou o grupo falando de uma reportagem que saiu na Zero Hora na segunda-feira, referente ao alcoolismo [...]. À tarde, a psicóloga⁴ coordenou a oficina de saúde mental coletiva, [...] o tema de hoje foi “Casal, relações, cuidado, amor e sexualidade”. (O3)

[...] A professora propõe que os usuários pesquisem 3 palavras que comecem com as letras L, P, Q, R e após receberem os livros os alunos se encontraram na tarefa. Cada um diz quais as palavras que encontraram, e aicineira convida a todos para fazerem um cartão convidando para a festa de aniversário do serviço amanhã. (O1)

A importância dada às questões de vida cotidiana das pessoas ainda é mais evidente nas oficinas de saúde mental.

Oficina de saúde mental tem todos os dias – espaço de escuta em grupo – cada dia com um tema, como por exemplo: SEGUNDA-FEIRA “A depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade”; TERÇA-FEIRA-“A família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental; TERÇA-FEIRA- “O trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências”; QUARTA-FEIRA-“O futuro, a juventude, o relacionamento com os pais e a sociedade”; QUINTA-FEIRA-“O trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de tratamento”; SEXTA-FEIRA-“O casal, o amor, o cuidado, o relacionamento e a sexualidade”. (O2)

Outra característica extremamente relevante foi a de **Educação em Saúde**, como temas que andam juntos, que se integram nas mais diferentes ações.

Tendo em cena sujeitos, movimentando-se no processo de criação/recriação de necessidades e buscas para sua satisfação, organizando seu modo de vida (OLIVEIRA, 1994).

Para Schaedler (2001) é preciso entender educação em saúde, pela sua potência produtiva, sua força de gerar o novo e a diferença, como capacidade de afirmar a vida, e que tanto os lugares de educação formal, como os lugares de espaço terapêutico, são lugares privilegiados de produção de vida, como se pode observar nas falas dos profissionais do serviço de saúde em estudo.

Geralmente em oficinas se percebe uma relação de ensinar e aprender entre profissional e usuário como entre professor e aluno. Um professor facilitador do processo de ensino e aprendizagem, no qual quem ensina também aprende e vice-versa.

[...] tricô e crochê eu aprendi aqui com eles mesmos. (E20)

[...] aprendi, aprendi junto com usuário muitas coisas. (E4)

Então eles sabem que eles podem produzir alguma coisa. Que eles não estão aqui, que nós não estamos aqui em vão. Porque eu nunca coloco assim que eu ensino alguma coisa, de maneira nenhuma, nós estamos aprendendo todos juntos. (E17)

O papel de facilitador fica ainda mais explícito nestes relatos de observação de campo.

[...] a professora propõe que eles falem sobre o que entendem do tema. (O1)

No início a moça que é facilitadora do grupo leu uma mensagem. [...] a professora passava lições na lousa, e os alunos conforme iam terminando perguntavam se suas lições estavam corretas. (O3)

Nestes discursos observa-se que o profissional do serviço de saúde assume seu papel pedagógico, coloca-se como um professor-facilitador que ensina, aprende, e avalia. Aspectos de se reforçam com a oficina de alfabetização que sem dúvida é uma atividade pedagógica, mas que tem outro sentido quando realizada em um serviço de saúde, em que o profissional da educação se transforma em profissional de saúde e o usuário, “paciente” é um aluno-educando, que também é avaliado e explicita seus resultados de aprendizagem.

Como diz Davini (1989), entre um sujeito e um objeto de aprendizagem existe uma situação de aprendizagem, sendo necessário valorizar as diferentes formas de assimilação e apreensão do conhecimento e o papel do instrutor/supervisor, devendo-se preocupar mais com as formas de como se aprende do que como se ensina.

Acompanhei a oficina de alfabetização, com mais ou menos 20 pessoas, a professora passava lições na lousa, os alunos conforme iam terminando perguntavam se suas lições estavam corretas, [...]. A atividade seguinte foi que os usuários pegassem os lixos da biblioteca e procurassem uma palavra diferente para procurarem no dicionário, ela apresentou a eles o dicionário, agora tinham mais ou menos 5 alunos, os outros deram um intervalo para tomar sol. [...] Uma das usuárias pegou uma espécie de cartilha e lia alto, um tanto rápido, “encrascava” em algumas palavras, mas lia muito bem (percebia-se que recém tinha se alfabetizado). [...] Em seguida ela passou uma “continha” na lousa. Ela explicou que os livros, escrita e desenho, trazem aprendizado de leitura e de números também, como contas, por exemplo. Uma usuária pegou um livro que tinha vários desenhos de xícaras, ela começou a contar o número de xícaras. (O3)

Ainda nas oficinas de alfabetização, e em uma atividade de dramatização, se observou a utilização da educação ou pedagogia problematizadora, o que mostra importante aproximação com práticas de EPS.

A metodologia utilizada pela professora oficinaira⁵ é centrada numa perspectiva Freiriana, valorizando o conhecimento e as experiências dos usuários [...]. (O1)

O teatro mostrava um casal caipira e três filhos. O marido chegava da roça e conversando com a esposa ela olhava um álbum de fotos e relembando brigas que já tiveram, cada briga lembrada era encenada com a utilização de uma música. O disparador da oficina foi uma retrospectiva do teatro, quando, então, a partir da escuta dos que se dispunham falar como estavam, porque vieram e o que tinham achado do teatro o grupo foi sendo conduzido. (O3)

Freire (1970) diferencia a educação problematizadora e libertadora, em que o educando intencionalmente desmistifica, problematiza e crítica a realidade percebendo-se como parte dela, utilizando-se de técnicas pedagógicas participativas, diferentemente de uma educação bancária em que o educando não passa de mero recipiente vazio em que o educador simplesmente deposita os

conteúdos, geralmente utilizando-se de métodos expositivos, que não consideram os conhecimentos e as experiências dos educandos.

Observa-se que educação e saúde andam juntas, quando as mesmas atividades que promovem o cuidado, também ensinam e promovem autonomia.

Para Kantorski (2009a), a satisfação de usuários de CAPS, entre outros está relacionado ao seu posicionamento, em que nas oficinas, aprendem atividades, e passam a ser pró-ativos ensinando atividades aos demais. Como se pode observar nestes discursos.

A gente na oficina, por exemplo, de beleza [...] então aquela pessoa fazia o corte de cabelo, a unha. Essas coisas básicas assim, então essa pessoa mostrava para eles como é bom, tudo isso, por questão da auto-estima. Porque, assim, tu orientas para o banho, tu acompanha coisa e tal. (E1)

[...] pequenas oficinas de culinária, para se ensinar eles a fazer o almoço, a fazer feijão, que tem muitas pessoas que não sabem. E também de reaproveitar alguma coisa, sabe. De vez em quando a gente tem alimentos em casa, não sabem o que fazer, vai fora. (E16)

[...] tem coisas que, na verdade a gente resolve toda a vida dele, na questão dos intensivos, bem como tu viu ontem, desde ir ali comprar TV, ensinar, fazer com que eles aprendam comprar, com que eles aprendam a administrar a sua casa, seu dinheiro, então isso aí demanda um tempo. (E1)

Então, a visita domiciliar é isso aí, é para gente enxergar eles como um todo [...]. Ajudar a família, organizar [...]. (E1)

Sim, converso, vejo o quê que eles querem comprar. Quais são os planos e ajudo a administrar, senão eles gastam tudo numa vez só. [...] Tem que comprar colchão, tem comprar caneca, tudo. Então eu administro junto com ela, vejo o que ela está com vontade de comprar, quanto que ela precisa para ficar na semana. Para comprar as coisinhas pessoais dela. (E23)

As observações de campo também demonstram as idéias dos discursos anteriores.

[...] vai ao banheiro e a oficinaira orienta de que ele não demore não se esqueça de dar descarga e lavar as mãos. (O1)

[...] fomos ao mercado com Joana e Suzi fazer compras para a usuária Julieta e Bárbara, foram comprados mantimentos para as duas. (O1)

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomia (CECÍLIO,2007).

Todas estas evidências reforçam a possibilidade da aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao próprio processo de trabalho. Isto é EPS (BRASIL, 2004b).

Outro aspecto importante que caracteriza a educação e saúde numa mesma atividade é a produção de conhecimento e material educativo.

Democratizar informações neste caso não significa que necessariamente todos deverão saber tudo, mas que devem ser pensadas formas de acessar, discutir, construir e desconstruir conceitos e rotinas de trabalho, conforme Schaedler (2001), e que vem ao encontro do discurso deste profissional.

[...] nós fizemos a audiência pública para debater os princípios dos serviços pra usuários de álcool e outras drogas e aí a gente construiu, através das audiências públicas, todo esse material, muito legal, que a gente fez todo um esforço conjunto entre Santa Casa, Comunidade Terapêutica, CAPSi, CAPSII, CAPSad, conselho de assistência social, secretaria municipal de assistência e educação, o ABA, agente comunitário [...] construímos junto um documento sobre os princípios e as diretrizes do cuidado para álcool e pra outras drogas e, na audiência pública uma das coisas que eu, digo que eu me preocupo. (E5)

Neste caso, parece evidente que a informação a ser socializada, foi democraticamente construída a partir da produção coletiva de um conhecimento que irá nortear as rotinas de trabalho.

No que diz respeito à mobilização comunitária como meio de educação e saúde, o campo próprio é o do âmbito sociocomunitário, ou seja, das ruas, das praças, dos meios de comunicação, no qual, no qual há uma tecnologia própria, e em que a matéria prima é a cultura, o trabalho é transdisciplinar, o público alvo são os moradores locais e a população em geral (FAGUNDES, 2001).

As falas dos profissionais demonstram a utilização do âmbito sociocomunitário e verdadeira mobilização comunitária, que também, pode evidenciar a participação de atores do controle social, a realização efetiva de legítimas ações de educação em saúde, em que as pessoas envolvidas não somente se informam, socializam conhecimentos, mas se co-responsabilizam e participam das decisões.

[...] reunimos essas pessoas e propusemos que se fizessem oficinas nos bairros. De futebol, de informática, de esporte, de música, de teatro, que se trabalhasse bastante essa questão da expressão, da arte, enfim, com a gurizada e que a, a promotora em vez de encaminhar só para nós, também pudesse encaminhar para um projeto assim. E que se criasse uma forma de auto-gestão, fazendo camiseta, boné, caneta, cuia, essas coisas assim que as pessoas poderiam comprar. (E4)

[...] inclusive na época que a secretaria queria tirar o serviço de lá, a comunidade, a gente fez uma assembléia para conversar com a comunidade e a comunidade optou pela nossa presença no, naquele bairro. (E5)

[...] Além de definir o que era bom para si, aqui dentro na saúde mental também era um espaço de organização para demanda dos seus direitos. Então essas assembléias, elas funcionam muito, por isso, os usuários, também começaram a participar junto com os técnicos de fóruns, de encontros, seminários. [...] também é lendo, estudando e debatendo essa clínica que a gente foi construindo. Isto é, gerou participação social e muitos dos nossos usuários tiveram em mesas estratégicas e tal [...]. (E6)

As atividades comunitárias são também formas de educação em saúde quando são capazes de assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente o seu potencial de saúde, conhecendo e controlando seus fatores determinantes, reforçando a responsabilidade e os direitos da comunidade pela sua própria saúde (BUSS, 2000).

Para Testa (1992) o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização e vai depender, basicamente, de certa forma de conhecimento, a visão da realidade. Esta surge como um saber gerado de diversas maneiras: como experiência de situações concretas e, ainda, como sentimentos desencadeados pelas mesmas; como reflexão sobre elas e, em particular, como conhecimento científico. Ao mesmo tempo, essa capacidade mobilizadora pode ser considerada como uma prática que impacta, de maneira bem definida, os atores sociais que dela fazem parte; quer na condição de mobilizados, quer na de mobilizadores. De modo que o poder político surge como resultado de sua consideração nos dois eixos: saber e prática - saber como uma visão do mundo, e prática como construtora de sujeitos.

Observa-se ainda que nessas mobilizações comunitárias, foram utilizados os mais diversos meios de comunicação, como se constata nestes discursos:

Mas sempre buscamos nos espaços, às vezes nos meios de comunicação, estar sempre em contato, fazer um trabalho para segmentos que são formadores de opinião, como a questão do judiciário e outros serviços que tem no município que formam inclusive a rede que a gente considera como rede de saúde mental. Santa Casa, Moradia Transitória das Crianças, enfim, outros serviços que nós consideramos parte da nossa rede, e que a gente tem que estar sempre buscando estreitar esse diálogo, porque nós precisamos deles também. (E4)

[...] uma das coisas que a gente sempre enfocou, é a importância da conversa com o povo Alegretense e, a gente usava muito a estratégia de rádio, de informativo, de mobilização na rua, no calçadão, na praça, fazendo projeto de interferência com a comunidade. Tudo que era data era motivo para estar na rua. Então, não só no dia da luta antimanicomial. Era no dia mundial da saúde, era o dia estadual da saúde. Então sempre tinha um dia, e a gente sempre estava em todos os movimentos que podiam fazer a inserção, fazendo panfleto, indo na rádio sempre, nos jornais, indo em tudo que era lugar que nos chamavam. Se a igreja nos chamava a gente ia. Se o CTG chamava a gente ia assim. (E5)

[...] nós fomos pras assembléias do orçamento participativo, definimos a UERGS, como projeto, política de saúde mental inclusive, para adolescente e construimos junto com a escola cidadã e outros setores aí uma coisa chamada Papo Cabeça, que era espaço de discussão com a juventude sobre o que ela queria para ela aqui no Alegrete. [...] Muito programa de rádio. Muita entrevista, muito pedágio, mas não para cobrar, não para pegar dinheiro. Pedágio para dar informação. Nosso pedágio sempre foi informativo e, sempre assim, com os veículos de comunicação, com a TV, para que as pessoas pudessem enxergar, era um movimento de militância. (E6)

A utilização de diferentes meios de comunicação é uma forma de articular a educação dos trabalhadores à capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como articular o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, o que é um modo de operar a EPS (BRASIL, 2004c).

Para Acioli (2007) há, igualmente, a premissa do movimento sanitário em defesa de que todo cidadão necessita se apropriar de conhecimentos e tecnologias para o exercício pleno do direito à saúde; o que inclui desde a relação dialógica e pedagógica no cuidado médico-paciente até a socialização dos conhecimentos que explicam os determinantes do estado de saúde e da organização dos serviços e da política de saúde.

Ainda em relação a educação em saúde, destaca-se as de atividades de Formação e Capacitação de Profissionais, nas quais acredita-se ter evidenciado umas das mais relevantes práticas e experiências de EPS, principalmente por se entender que estas foram definitivas em influenciar o desenvolvimento do processo de trabalho deste serviço, que sem dúvida demonstra preocupação com a EP de todos os profissionais da rede, das mais diversas formas como será amplamente demonstrado nas próximas falas e observações:

[...] nós estávamos num processo bem avançado do que as outras regiões, porque nós também trabalhávamos com um mecanismo que era da educação permanente, que era o ciclo regional de saúde mental coletiva. Nós fazíamos com a décima coordenadoria, e o fórum gaúcho de saúde mental.[...] Nós tivemos várias pessoas cursando especialização em saúde mental coletiva. (E5)

[...] teve assim, algumas capacitações da coordenadoria (7ª CRS), reuniões para montar o CAPS. Teve toda uma assessoria assim do estado também para fazer isso. São vários encontros que a gente fez de planejamento. Então essas necessidades aqui a gente põe, depois a gente vai construindo ações para resolver isso aqui. [...] a gente pega cada item desses, vê o que conseguiu, o que não conseguiu e faz as ações. (E2)

[...] aquela capacitação que a gente está tendo com o personagem 14, sabe o pessoal que está vindo de Porto Alegre. (E1)

Nos primeiros anos assim a gente investiu mesmo na qualificação de profissionais, especialistas em saúde mental. Formação de novos quadros, promoção de saúde e prevenção de saúde mental. Como é que a gente fazia isso? Desde as palestras nas escolas, a gente procurava entender o que é que os educadores queriam discutir sobre o sofrimento psíquico dos alunos, do trabalhador de educação, da direção, da gestão da educação. (E6)

Além da realização dos cursos e capacitações tradicionais, o que se aproxima da EPS é a incorporação dos saberes aprendidos no processo de trabalho da equipe em atividades cotidianas que se transformam também em metodologias ativas de aprendizagem, valorizando vivências e rodas de conversa, com trocas de experiências.

[...] nós fomos fazer uma visita, e a gente ficou quanto tempo, numa visita domiciliar e uma visita hospitalar. No hospital a gente faz mais um trabalho de apoio, porque o hospital ele tem a Psicóloga [...] e a gente tá fazendo um trabalho no hospital com as pessoas, os Enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham lá no posto dois, no posto psiquiátrico, que todas as terças-feiras também, além da reunião de equipe, além da reunião com osicineiros, eu e a personagem 2 nós viemos para a Santa Casa. E lá, a gente todas as terças a gente fazia na verdade uma conversa com o pessoal, para ouvir o que eles tão sentindo, porque trabalhar no posto dois, que é o psiquiátrico não é fácil. [...] e aí a gente possibilitou uma capacitação para eles aqui na Saúde Mental. Nós pegamos esses Enfermeiros e Técnicos de enfermagem. E aí, nós trouxemos para passar um dia com a gente, cada um. Até para eles saberem que essa pessoa que tá lá, como é que é a vida dela aqui dentro, os intensivos. Aí eles viram nosso trabalho, viram como que é o funcionamento. Então essas pessoas que vieram são as pessoas que estão trabalhando com eles, lá no posto dois, e eu vejo que o pessoal que está trabalhando lá agora, eles tão muito mais humanizados, muito mais sensibilizados [...]. (E1)

[...] e tem uma reunião com osicineiros e as terapeutas do intensivo, que exatamente é pra poder ter mais espaços em que as pessoas possam conversar para fazer essas trocas. (E2)

[...] há uns três anos a trás, dois anos e pouco foi reformado o serviço, depois do ano passado para cá, aí são as capacitações para equipe. A equipe tem viajado muito mais, tem tido muito mais oportunidade porque a gente programou isso como uma das metas. (E4)

Na observação de campo a seguir também se pode evidenciar a importância que a equipe dá a atividades de capacitação que possam contribuir com a qualidade da atenção à saúde prestada.

Disse que quando em crise muitos deles são agressivos e que elas não dão conta de contê-los sozinhas e que a Brigada Militar tem sido uma parceria neste sentido. Disse que os policiais têm um tratamento diferenciado com os pacientes, disse que a equipe fez uma capacitação com eles neste sentido e que os pacientes, no geral, tendem a se acalmar com tal abordagem. (O3)

A atualização permanente dos trabalhadores torna-se cada vez mais complexa, à medida que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam de forma cada vez mais rápida na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio de acesso para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia ou do território onde vivem. Sendo assim, é extremamente necessário o desenvolvimento de recursos para um trabalho, que considere a noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

Entre outras atividades destacam-se as rodas do saber como legítimas práticas de EPS.

Eu acho umas das coisas que qualificou bastante nestes últimos tempos foi as rodas do saber. Porque a gente sempre tem assim, participado no cuidado com a formação, com a capacitação da equipe. (...) Se tu não tiver sempre gente que ta entrando, participando desses momentos de educação, tu não consegue manter isso. Então a gente sempre procura ter esse cuidado. [...] Eu acho que assim. As rodas do saber ajudaram muito. É um mecanismo livre, vem quem quer. [...] As rodas do saber, foi a psicóloga⁴ que fez o ano passado, acho que a gente começou [...] nós sempre tinha aquela coisa: quem vai para um curso, quem vai pra um encontro, trás como de volta? Com alguns, a gente conseguia repartir, com outros não. Ela fez um projeto, que era de poder a gente fazer encontros que fossem de educação e de capacitação. Então, ao mesmo tempo que tu vai, tu vem e me faz a devolução, montando a aula ou exposições, ou painéis. Aí cada um faz como quer. Mas também a gente mesmo quando

não vai para encontro, tu pega um tema e apresenta. Por exemplo, a primeira eu que apresentei, Rodas de Gestão. [...] Outro dia a psicóloga 4 trabalhou o tema da desinstitucionalização, e assim vai. Aí tu faz, tu monta aula em cima daquilo, em forma de roda mesmo, tu apresenta e tu debate. E tem momentos que o pessoal trouxe um usuário para falar, trouxe familiar, e cada um coloca a sua visão e a gente faz o debate. [...] É uma forma de estar sempre trabalhando os conceitos de acordo com a reforma psiquiátrica, com a questão de inserção social, da cidadania (...). Eu acho que isso é o que mantém a questão da educação permanente. (E5)

Segundo Campos (2000) a Roda da Saúde é um espaço para a construção de novas subjetividades, nas quais, por meio da invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos podem adquirir maior capacidade da análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção nessa realidade. Um dos principais desafios da Roda é, portanto, pensar o coletivo não apenas como espaço democrático, mas também como espaço pedagógico, terapêutico e de produção de subjetividade, destinado à escuta e à circulação de informações, bem como à elaboração e à tomada de decisões. Segundo o autor citado, é possível, nesse espaço: “[...] analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito.”

É também importante ressaltar, com o que se observa nas falas, a constante preocupação dos profissionais do serviço com formas de manter, de garantir a continuidade das atividades de formação e capacitação da equipe, podendo ser incorporadas ao processo de trabalho e financiadas pelo próprio SUS, o que vem ao encontro da política de EPS.

[...] o dinheiro da capacitação, é colocado no orçamento. E aí, a partir do ano passado foi colocado tanto para capacitação: viagens, passagens. Então, a partir do ano passado a gente já começou a trabalhar com a capacitação, com verba, mas porque foi colocada no orçamento, e antes a gente não sabia, nunca tinha dinheiro para nada. Que a equipe capacitada é essencial, é fundamental, sabe, equipe, bem capacitada, sabendo o que faz, lutando pelas, pelas coisas que precisa. Capacitação, batalha pela qualidade, rever conceitos, continuidade do projeto rodas do saber, supervisão, realização de pesquisas. (E3)

Esses dias eu tava pensando: é bom que seja lido ou podia ser uma coisa como, questão de trabalho mesmo, que todo mundo tem que estar: bom, tu tem vinte horas, te organiza que uma vez por mês, quatro horas, seja para isso. Não. Por enquanto não é assim. Eu não sei se seria bom ou não se meio que carga horária de trabalho, mas acho que oportunizaria que mais

gente não faltasse. Podia dar uma identidade [...] agente tem uma relação mais de troca, mais intensa. Mas acho que mesmo assim é muito legal. Eu acho que está sendo um projeto muito bom, que nos qualifica muito, tem, sempre tem gente. É claro, de acordo com interesse que a pessoa está no momento, ela vai, ou não vai, mas, dependendo do tema, de quem é, e fazer isso de trazer outras pessoas de fora. Acho que o mecanismo de pontuar a qualificação do serviço como um número de pessoas que anualmente participam de, de momentos educação e saúde é fundamental. [...] Eu também falei que eu acho que era poder, não sei se é normatizar a palavra certa, foi dessa questão da educação permanente, é poder ser parte. Sabe? A coisa cumprir, presente e ausente. Sabe? Aquela coisa assim pode ser instituído realmente. Para não ser uma coisa de que, quem simpatiza faz, quem não simpatiza, não faz. (E5)

[...] a gente tem aquelas capacitações também, uma vez por mês a gente se reúne, é muito jóia, sabe? Aquelas, que a gente um pouco aprende outro pouco até quem sabe, dá alguma ajuda, não é? É as Rodas do Saber é muito bom. Que ali a gente expõe assim o que a gente acha. E eles escutam, ou acham que está bem ou acham que está mal. (E13)

Tais discursos vem ao encontro do que diz Lopes (2007), ao afirmar que EPS tem como objetivos estar presente em todos os momentos da formação e da experiência profissional, projetar-se para além da sala de aula, embasar suas ações não apenas no sistema de ensino, mas nas necessidades da população e reconhecer as possibilidades da participação de vários sujeitos e atores sociais no processo educativo, através da capacidade pedagógica, como uma prática rotineira em toda a rede de saúde, constituindo-se numa rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (LOPES, 2007).

O **planejamento de ações** foi uma característica fortemente observada, principalmente nas reuniões de equipe, como espaço organizado e privilegiado, dando conta do que não é possível de ser problematizado, re-significado e melhor planejado no dia a dia do serviço.

Para Vilasbôas e Paim (2008) o planejamento é percebido como uma ação sobre a organização das práticas de saúde tornado-as coerentes com a finalidade da ação institucional e contribuindo para as políticas públicas neste âmbito.

Neste sentido, as falas dos profissionais demonstram que é nas reuniões de equipe que eles emergem seus saberes e sobre eles refletem buscando orientar suas práticas para alcançarem as finalidades a que o serviço se propõe.

[...] A gente tem a nossa reunião de planejamento, no início do ano, então a gente faz o planejamento, e no final do ano a gente tem a nossa reunião de avaliação, sempre. Isso a psicóloga² (coordenadora) não abre mão. [...] O que deu certo, o que não deu para fazer. Então assim, essas reuniões, elas tem durante um período, e são bem intensas, assim. No final do ano e no início do ano. Então geralmente, como em toda a reunião de equipe, vêm todos os funcionários de todos os turnos, quando a gente se encontra, a gente faz esse planejamento. E o projeto terapêutico é um dos itens assim que está dentro de vários outros nossos planejamentos. (E1)

Cada funcionário tem o seu setor [...] e às vezes o tumulto do dia a dia não deixa a gente se comunicar. Então na reunião de terça a gente faz toda uma relação, fulana não ta usando medicação, fulana se queixou de tal coisa, e leva isso pra reunião, que certamente na reunião a psicóloga dela, a assistente social, o pessoal vai ta lá, e ai fica inserido. Fica todo mundo a par do que acontece. [...] Em relação ao Projeto Terapêutico do Serviço, por exemplo, o que vai ter, se vai ter grupo, se vai ter atendimento individual, o que a enfermagem vai fazer, o que a psicologia vai fazer. Como é que é isso? Tu já participaste dessa discussão? Levantar as necessidades? Como é que faz isso? É a gente costuma fazer isso nas reuniões. (E2)

Compreende-se, pelas falas dos profissionais, que as reuniões de equipe são esperadas por eles como o momento do processo de trabalho do serviço em que podem resgatar suas experiências cotidianas e as compartilhar com todos da equipe, mas acima de tudo re-significá-las, possibilitando o planejamento das ações, como instrumento legítimo e indispensável a um trabalho com qualidade.

Observa-se ainda, que há dois momentos diferentes de utilização das reuniões de equipe para planejamento: ao planejarem as intervenções de enfrentamento dos problemas cotidianos, sejam dos usuários ou de situações do processo de trabalho, e ao planejarem as ações do serviço anualmente.

Numa abordagem matusiana, lembramos que planejamento não é algo estático como apenas um cálculo que antecede a ação, e sim como algo dinâmico vinculado à ação e aos resultados que considera problema como uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade, significando que um problema nunca é “solucionado” definitivamente, mas uma

intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas (MATUS, 1993).

Desta forma, oportunidades de planejamento, possibilitam permanentemente reavaliar o que é problema, para produzir as intervenções necessárias ao enfrentamento de uns e identificar outros, e para isto as reuniões de equipe de um serviço de saúde são fundamentais, como expressa a fala desse profissional.

[...] as reuniões de equipe, em minha opinião são fundamentais. (E6).

A valorização das reuniões pela própria equipe se entende como um qualificador do processo de trabalho e potencial desencadeador de uma ação de Educação Permanente em Saúde

Além do planejamento também se observa as reuniões de equipe como espaço de **avaliação das práticas**.

As definições de avaliação no campo das políticas sociais e de programas e serviços de saúde variam de acordo com diferentes referenciais. De qualquer modo, esta só se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir ou evitar erros, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

No caso da avaliação de práticas em um serviço de saúde nos parece pertinente citar a avaliação conforme Donabedian (1984a), que enfoca a avaliação da estrutura que analisa os recursos e a organização; a avaliação de processo que enfoca o desenvolvimento das atividades e a forma de utilização dos recursos pela equipe, e também o que os usuários fazem por si próprios; e avaliação de resultados que analisa as conseqüências dos cuidados prestados na saúde individual ou coletiva.

E sem dúvida coerentemente com a metodologia deste estudo, considera-se de extrema relevância o referencial de Guba e Lincoln (1989), em que a chamada avaliação de quarta geração, se caracteriza por um processo de negociação entre avaliado e avaliador, de forma participação e inclusiva.

Para Kantorski (2009b), a avaliação de quarta-geração propicia que os sujeitos partilhem decisões, exerçam controle sobre a avaliação, se apropriem dos diferentes passos metodológicos e tenham honradas suas participações de forma hermenêutica e dialética, buscando trabalhar os conflitos e gerar os consensos possíveis.

Para Almeida e Escorel (2001) é consenso que entre os estudos na área que os parâmetros avaliativos para o campo psicossocial são insuficientes, principalmente no que diz respeito a indicadores que possam refletir o cotidiano dos serviços. Estes precisam ser capazes, de quantificar e/ou qualificar de forma o mais próxima possível do real, os fatos, processos e situações.

Contudo, onde existem dispositivos de participação, como reuniões, assembléias, associação de usuários, conselho gestor, entre outros, foi percebida maior facilidade dos grupos levantarem problemas da sua realidade, discutindo e problematizando-os á luz do modo psicossocial (KANTORSKI, 2009b).

Considerações estas que podemos observar nas falas dos profissionais Sobre as reuniões de equipe.

[...] umas das situações que eu considero fundamentais, é que a gente nunca pensa que a gente está pronto e que a gente sabe tudo. [...] a gente esta sempre re-avaliando a nossa prática. Então toda a semana a gente tem reunião de equipe, a gente procura na reunião avaliar essas situações difíceis, e os obstáculos que a gente tem no caminho. (E4)

Não, a gente conversa, mas só que, que nós temos reuniões todas as terças feiras das 8 às 10 da manhã, aonde que a gente põe o que a gente está necessitando, o que está faltando. (E9)

[...] qualquer decisão aqui a gente leva pra reunião de equipe onde toda equipe opina. A gente dá sugestões, [...] e o que é decidido é feito por um período para ver se vai dar certo. Por que nem sempre dá certo as coisas, se não dá certo volta para reunião de equipe “o que que nós vamos fazer? está acontecendo isso, isso e isso.” (E12)

Tem a reunião que a gente conversa, o modo da gente agir assim, sabe? A reunião de equipe. (E14)

Agora amanhã a gente vai ter uma reunião as onze horas com todos os oficineiros, para eles passarem todas as informações, o que está acontecendo. E sempre nessas reuniões a gente faz mais ou menos uma contagem dos usuários, para ver qual usuário está participando de qual oficina. Porque é muita gente. E também para ver até em relação o material, se tão precisando de algum tipo de material novo, para desenvolver uma técnica diferente [...]. (E16)

Os discursos mostram que em geral as preocupações dos profissionais em avaliar suas práticas de concentram nas questões de estrutura e processo, não sendo evidentes avaliações de resultado. Mas torna-se claro que ocorrem de forma participativa, e responsiva em que o avaliador se coloca também como objeto da avaliação. Apenas, sendo ainda necessário, que sejam definidos instrumentos e indicadores que qualifiquem este importante processo avaliativo.

Tais considerações sobre avaliação das práticas se aproximam da EPS, pelo fato de que perceber problemas ou sentir desconfortos no cotidiano do trabalho são incômodos que mobilizam o desejo de fazer diferente e construir novos movimentos, apesar da incerteza do futuro e da cegueira relativa do presente e do passado para o enfrentamento dos desafios do trabalho num dado contexto atua l, e que se fazem necessários para um ator mudara à sua prática (BRASIL, 2005b).

Matus (1993) refere que mudanças precisam transformar as práticas de trabalho, as quais estão arraigadas nas estruturas mentais, ou seja, no conjunto de hábitos, crenças, modos de operar, valores, ritos, comportamentos compartilhados ou cultura organizacional, dos integrantes de uma organização ou serviço e que definem como este funciona.

Percebe-se que os profissionais têm consciência da necessidade de avaliação permanente de suas práticas e que utilizam as reuniões de equipe com este objetivo, o que se considera extremamente relevante. O processo de mudança, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, se produz verdadeiramente de dentro para fora, no cotidiano dos serviços, na experiência de encontros e desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos, tentativas de acertos e erros. E a possibilidade de manter um olhar crítico e contextualizado sobre essa práxis nem sempre tem sido contemplada no espaço institucional (NUNES, et al, 2008).

Deste modo, considerando que para mudar, transformar práticas é preciso avaliá-las, e as reuniões de equipe que se propõe a tal, se constituem em espaço que permite este modo de operar o processo de trabalho.

Lembrando que, numa abordagem Foucaultiana, todo conhecimento, científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, para que formem tanto o sujeito quanto os domínios do saber, considerando que não há saber neutro, todo saber é político (FOUCAULT, 1979).

Assim, os conhecimentos produzidos e as mudanças de práticas são coerentes com a história da política de saúde mental construída historicamente no município de Alegrete.

E para finalizar procura-se evidenciar aquelas atividades que têm como características a **resolução de problemas**, a qual se percebe como a expressão dos resultados do planejamento e da avaliação, que nas suas infinitudes precisam mesmo que provisoriamente responder às necessidades de uma determinada situação.

Para Lopes (2007), a EPS não deve partir de um organograma de funções hierárquicas, mas da organização e da produção dos serviços que funcionam como uma rede comunicante, no qual os atores devem ser protagonistas e a produção do trabalho coletiva. Admite que o conhecimento se origine na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados, no qual a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida do seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente.

Começa a reunião da Associação dos Usuários e Familiares. Pauta – Reunião com o Secretário de Saúde para cobrar a falta de medicação no CAPS; Usuária refere à importância de levar ofício com as reivindicações; Apresentação de convite para participar de uma audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores para discutir sobre um projeto de terceirização de alguns [...] A idéia do Projeto é ampliar o PSF através de contratação de mão de obra \ sobre a situação de vagões de trem de carga que bloqueiam o acesso ao hospital da Santa Casa em determinados horários de tráfego na linha ferroviária, dificultando a chegada das pessoas em tempo hábil para serem socorridas nesse serviço. [...] Após o debate ficou alertado que uma comissão será montada por membros da Associação e do serviço de saúde mental, a fim de defenderem seus interesses nesta audiência. (O1)

Outro informe foi sobre a audiência que a usuária Maria conseguiu marca com o secretário da saúde para falar sobre a falta da medicação. Contou para o grupo sobre a dificuldade de conseguir horário, de sua persistência e insistência na Prefeitura. (O3)

Nas observações das reuniões da associação como vimos acima, há a participação dos usuários na identificação e no encaminhamento para a resolução dos problemas, promovendo o exercício da cidadania e contribuindo para o controle social.

Nas reuniões de equipe também se observa a busca da resolução de problemas à medida que promovem a **discussão da gestão do serviço** e a situação dos usuários através de **discussão de casos**.

É um momento em que os profissionais trazem as suas vivências, discutem conceitos, contextualizam os nós críticos das diversas situações de acordo com sua realidade. Isso torna a reunião de equipe um modo de aprendizagem significativa, constituindo-a em espaço de educação permanente, vital na prática profissional nos serviços de saúde.

[...] Projeto Saúde Cuidado Essencial. psicóloga2 refere ter tomado a iniciativa de construir este Projeto que ira desenvolver ações de cuidado junto das comunidades. Haverá uma reunião que foi solicitada por uma Associação de bairro, será realizada no salão nobre da Prefeitura na quarta às 18:00. Mudança da fonoaudióloga, que . Elaine refere que haverá uma mudança no serviço, pois este irá funcionar no novo CAPSad, que custará a aquisição dos móveis e espaço físico, mas sua preocupação é no sentido de quem irá dar o suporte financeiro para a manutenção do serviço. psicóloga2 refere que existe a necessidade de reunir com o Secretário e Luciana para definir esta situação. Psicóloga4 diz de haver uma mudança na forma de financiamento e custeio de ação a fundo, que embora continue vindo recurso fundo a fundo, a lei abre uma brecha devido a obrigatoriedade de pactuar as ações e serviços através da construção de Projetos, pois não haverá obrigatoriedade do uso do recurso nas ações e serviços que não estiverem pactuados. (O1)

A busca da resolutividade de problemas em uma atividade para relacioná-la com uma prática de educação permanente fundamenta-se pelo fato de que a qualidade de um processo educacional deve medir-se pelo potencial adquirido pelos educandos, neste caso, os atores envolvidos, de transformação da realidade (FREIRE, 1987).

Contudo, é nas **discussões de casos**, que se identifica uma atividade que sem dúvida permite informar, socializar, ensinar e aprender, planejar, avaliar e resolver problemas, como se observa nos discursos:

A gente tem a reunião de oficinairos, que a gente conversa e discute os casos que tem, o que a gente está desenvolvendo ou alguma coisa a mais. (E22)

A gente discute bastante casos, coisas assim que às vezes a gente não consegue no dia a dia. Então, a gente leva para reunião da equipe e consegue resolver, na maioria das vezes. (E7)

As observações de campo ajudam a descrever e exemplificar a rotina de uma reunião de equipe e sua potencialidade em encaminhar a resolução de problemas.

[...] os trabalhadores preparam a sala lilás para reunião de equipe. A técnica Oficina 2 prepara a pauta, a Coordenadora psicóloga² sugere que se comece pelos casos, Sr. Paulo chega ao serviço através de ligação da esposa, que referia episódios de agressividade e desleixo com a higiene, enfermeira¹ diz que havia necessidade de uma visita da Psicóloga, era um dia de jogo do Brasil e o serviço iria fechar mais cedo, então ela acompanhou a visita, convenceu ele a vir ao serviço para iniciar tratamento. Conversou com Andréa e combinaram que ele faria parte de algumas oficinas; psicóloga² questiona qual das Psicólogas poderiam assumir o usuário, psicóloga³ se oferece para o acolhimento e acompanhamento dele, ficou definido o PTI. João Antônio, a psicóloga³ refere-se ao episódio de sexta quando o usuário chegou ao serviço com lesões na região do pescoço, alegando ter sido agredido pela madrasta, e ela havia tentado estrangulá-lo ele, estava muito ansioso, a família fez uma articulação no sentido de interná-lo em Pelotas. Houve uma intervenção por parte dos trabalhadores, no sentido de evitar a internação, e se esta acontecesse fosse no serviço de referência do Município, que é a Santa Casa, psicóloga³ refere ter enviado um parecer para a promotora. Foi comunicado a Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Vereadores, com intuito de interceder a favor do mesmo. Psicóloga⁴ diz que a questão da ambiência esta diretamente ligada ao processo de evolução terapêutica “sem ambiência não tem acolhimento” para que se refletisse uma proposta de crescimento no processo terapêutico, tanto no serviço quanto no ambiente familiar, a necessidade de ambiência e que esta família encontra-se em um momento de grande dificuldade e extrema resistência com o tratamento do usuário. psicóloga² propõe a tentativa de estabelecer um Projeto terapêutico para a madrasta de João Antônio, algo que seja construído com a Assistente Social e a psicóloga², e procurar realizar uma intervenção neste sentido e posteriormente reavaliar. (O1)

Os relatos demonstram como resolução de problemas, o expor e o questionar de situações, que ao serem colocadas na roda oportunizam a construção de encaminhamentos, de movimentos que não negam a existência das dificuldades

e se dispõem a ação, a práticas que resultem em alguma intervenção na realidade vivenciada pelos atores.

É necessário se dizer, que não se entende como resolução de problemas a finalização de uma situação, em que todos os questionamentos se esgotam em consensos, mas em re-significar os conflitos, levantar novas questões e manter o processo educativo de transformação da realidade, sem comodismos.

As reuniões de equipe podem efetivamente se constituir em espaços que permitam praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde, como diz Ceccim (2005), ao 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 e não como conformação.

Quando as reuniões se operam de forma a discutirem casos e tratarem das questões da estrutura e do processo de trabalho do serviço, numa abordagem problematizadora, acabam por produzirem formas de cuidado e de gestão á saúde, que se diferenciem das práticas tradicionais de reprodução dos modelos tradicionais a que as equipes muitas vezes ainda estão conformadas.

A educação isoladamente não é capaz de decidir os rumos da história, mas a educação como prática da liberdade conscientiza as contradições do mundo humano, tornando insuportável a acomodação (FREIRE, 1987).

Desta forma, ao discorrer sobre as características que relacionam os fazeres coletivos do CAPS em estudo com construções permanentes, evidenciou-se, desde a diversidade de atores e a horizontalidade das relações, uma série de atividades que culminam na problematização de situações do processo de trabalho, que oportunizam resignificar práticas e construir coletivamente a resolutividade dos problemas.

5 Conclusões

Ao ter como objetivo deste estudo, reconhecer experiências e práticas de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho em CAPS, foi necessário percorrer um valioso caminho de pesquisa científica, que incluiu as escolhas metodológicas, a revisão de literatura, e as atividades de coleta e análise dos dados. Os quais se constituíram em verdadeiros desafios, mas que foram suficientes para se considerar que este objetivo tenha sido alcançado.

Discutindo e analisando os resultados, a partir da Educação Permanente em Saúde como referencial teórico, e que esta, tanto do ponto de vista conceitual como de política pública, tem a sua intencionalidade, não se pode considerá-la como algo prescritivo, mas como provocadora da necessidade dos profissionais de saúde se co-responsabilizarem pelo modelo de atenção, como resultado de suas práticas cotidianas do processo de trabalho, e reconhecê-lo como espaço privilegiado e legítimo para construção de novos conhecimentos e novas práticas.

O processo de trabalho pode estar produzindo conhecimento quando, por exemplo, promove autonomia e faz dos atores sujeitos de seu próprio cuidado de forma individual e singular, ao ensinar a ler e escrever, a fazer compras, a tomar a medicação, a fazer capoeira, ou agir de forma coletiva nas mobilizações comunitárias para elaboração e aprovação de uma lei municipal de saúde mental.

No que diz respeito ao referencial metodológico, se reafirma a avaliação de quarta geração, como importante método de avaliação qualitativa de serviços de saúde, e a utilização do CHD para coleta dos dados. Neste caso, foi imprescindível a possibilidade de reciclagem dos dados, permitindo não só a atualização das

informações e do contexto histórico, como o levantamento de novas questões, pertinentes ao estudo.

A análise hermenêutica e dialética permitiu a compreensão dos fatos e seus consensos, sem deixar de lado a crítica e o estranhamento necessário, quando o olhar do pesquisador vai além da descrição dos resultados, mas os confronta com o contexto histórico implicado na realidade em estudo.

Nesta análise, observaram-se alguns aspectos que podem ter influenciado nos resultados encontrados, tais como: o fato de que muitos profissionais deste estudo, mesmo estando ao longo da história em diferentes espaços mantiveram compromisso e engajamento igual ou cada vez maior, na produção coletiva da saúde mental no município, apesar do enfrentamento de muitas adversidades, como as mudanças de gestão; o perfil destes profissionais (de diferentes áreas) com acúmulo de conhecimentos adquiridos em atividades de especialização e/ou capacitações e de experiências pela maior permanência e pouca rotatividade; a constante preocupação com investimentos educativos aos profissionais; e as características das atividades, sendo na maioria, coletivas e comunitárias.

Nesses aspectos destaca-se o perfil dos trabalhadores, que se considera terem sido significativamente importantes

Na construção do objeto de estudo, apresentou-se como pressuposto que no processo de trabalho dos CAPS são realizadas atividades coletivas, tais como grupos, oficinas, assembléias e reuniões de equipe, que são potencialmente atividades que podem ser reconhecidas como práticas de EPS, quando contam com uma diversidade de atores (da atenção, da gestão, da formação e do controle social), evidenciam a horizontalidade das relações considerando todos os participantes como sujeitos, oportunizam resignificar práticas, atualizar, produzir e socializar conhecimentos, a partir da problematização da realidade, e constroem coletivamente a resolutividade dos problemas.

Assim, além das considerações já mencionadas, e análise específica das temáticas identificadas como a diversidade de atores, a horizontalidade das relações, e a problematização e resolutividade como princípios de EPS, este estudo possibilitou a confirmação do pressuposto ao evidenciar que muitas das atividades

coletivas realizadas em um CAPS podem ser reconhecidas como práticas e experiências de EPS, pela identificação de características como a participação de diferentes atores, a utilização de diferentes espaços e horários, a relação de igualdade entre profissionais e usuários, a inclusão e valorização de diferentes atores, a co-gestão, a educação em saúde, o planejamento de ações, a avaliação das práticas e a resolução de problemas.

Atribuir o valor ou o significado de educação a uma ação em saúde vai além de cuidado, é uma ação que pressupõe a possibilidade de uma relação coletiva, em que o ensinar e o aprender pode levar à emancipação, à liberdade ou à autonomia de quem participa.

A ação educativa em saúde, na perspectiva da EPS, é transformadora de todos os atores envolvidos em sujeitos responsáveis, pela produção da sua própria saúde e da coletividade.

Deste modo, evidenciou-se, entretanto, que algumas destas atividades apresentam se não a totalidade, a maioria das características relacionadas aos princípios de EPS. Estas atividades foram: as oficinas de alfabetização, as oficinas de saúde mental coletiva, as reuniões de equipe, e em especial as discussões de casos, as rodas do saber, as assembléias e as atividades de mobilização comunitária. Da mesma forma, várias outras são também potencialmente ações de EPS, incluindo as visitas domiciliares e ao hospital, os grupos, as demais oficinas, as capacitações de equipe, e tantas outras.

Talvez seja possível identificar-se que todas as atividades de um CAPS compreendidas como educativas são potencialmente ações de EPS, contudo este estudo não nos permite concluir que em todos os casos isto seja naturalmente possível, pois é preciso que se fique atento para as suas características de desenvolvimento, pois o que determina sua relação com a EPS é o modo como são operadas, ou seja, as suas potencialidades de serem transformadoras.

Transformadoras, principalmente, de um modelo de atenção à saúde que na maioria das vezes é serviço-centrado, em um modelo voltado para o indivíduo e para coletividade, como sujeitos que necessitam de ações no território, para além da estrutura física dos serviços, incluindo todos os espaços em que as pessoas

trabalham, estudam, cuidam, participam, sofrem, amam, enfim, vivem e produzem saúde.

Acredita-se, que as experiências e práticas de EPS reconhecidas no processo de trabalho do CAPS II de Alegrete, tenham dado visibilidade ao protagonismo das ações realizadas no território, no nível local, junto aos serviços de saúde, e apontado a utilização da Educação Permanente em saúde como princípio, instrumento e prática capaz de resignificar, redimensionar os processos de trabalho, e a relação entre a teoria e a prática.

Deste modo, considera-se ter contribuído com os serviços de saúde, em especial os CAPS, ao apontar as características que valorizem as atividades de EPS, como tecnologias de trabalho extremamente eficazes na qualificação da atenção à saúde prestada, e que podem ser desenvolvidas nos diversos serviços de saúde. E que desta forma, facilite a compreensão sobre as diferentes concepções de educação em saúde, indo ao encontro da consolidação da Política de EPS.

Bem como, que este estudo, também possa servir de referência ao ensino, na construção de mudanças na graduação, na pós-graduação e na educação profissional, que efetivamente aproximem o ensino dos serviços, e que sejam consideradas, as necessidades do desenvolvimento dos recursos humanos do SUS.

Sem polarizar a academia como lugar de ensino, e o serviço como lugar de práticas, mas provocando um movimento de trocas permanentes em que, além da academia ir aos serviços buscar apenas um espaço de ensino e de utilização de seus saberes, mas também de levar os serviços e os trabalhadores ao meio acadêmico, para que em um dado momento os saberes e fazeres, sejam capazes de refletir as falas e práticas, ocupando todos os espaços, únicos e diversos que potencial ou concretamente fazem a de educação, e produzem novos conhecimentos.

Ampliando e fortalecendo projetos de EPS que promovam a aproximação ensino-serviço, garantindo espaço físico e inserção de acadêmicos e docentes, nos serviços de saúde, além de supervisões clínico-institucionais e matriciamento, incorporados ao planejamento e ao financiamento em nível local.

Por fim, tem-se a consciência que ainda é necessário, levantar muitas outras questões que possibilitem novos e mais complexos estudos a respeito da importância do desenvolvimento e valorização dos recursos humanos em saúde, privilegiando o processo de trabalho e as possibilidades de protagonismo da Educação Permanente.

Referências

- ACIOLE, Giovanni Gurgel. Das dimensões pedagógicas para construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.409-26, 2007.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCREL, Sarah. Da avaliação em saúde à saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, 2001.
- ALEGRETE. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.alegrete.rs.gov.br>. Acesso em: setembro de 2009.
- ARANHA E SILVA, A; FONSECA, RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-9, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5.ed. Brasília: MS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: n. 32, seção I, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: **unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: **unidade de aprendizagem – práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: **unidade de aprendizagem – Trabalho e Relações na Produção do cuidado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: **unidade de aprendizagem Integradora**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educar SUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde no período de fevereiro de 2004 a junho de 2005**. Brasília, MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento pelos Pactos pela vida e de gestão**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos**. Brasília: MS, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: janeiro de 2008.

BRASIL. **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 de outubro de 2009.

BUSS, Paulo. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 51-68.

CAPSUL. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil**. Relatório/Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq. Ministério da saúde. Coordenação Luciane Prado Kantorski, Pelotas, 2007, p. 437

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgheti; Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgheti; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

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

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.16, n. 9, p.161-168, 2005.

- CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde “! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.345-63, 2007.
- CECÍLIO, Luiz.Carlos de Oliveira. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, 2007.
- CELESTE, T. Educação Permanente: Um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Revista Digital de Educação Permanente em Saúde**, v.1, n.1, p.1-2, 2003.
- COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- DAVINI, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL, Capacitação Pedagógica. Brasília: MS, 1989.
- DEMO, P. **Cidadania menor**: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política. Petrópolis: Vozes, 1992.
- DONABEDIAN, Avedis. **La calidad de La atención medica: definición y métodos de evaluación**. Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana, S. A. Ediciones Copilco, 1984.
- DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?** JAMA, 260 (12). 1734-1748. México. Ediciones Copilco, 1984.
- DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. BOSI, Maria Lúcia Magalhães, MERCADO, Francisco Javier (ORG.) Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 99-120.
- FAGUNDES, Sandra. Viamão: cidadania em defesa da vida. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 28-43, 2001.
- FERRARI, Judete. A Política de Atenção Integral em Saúde Mental de Alegrete. Apresentação de SLIDS. Alegrete, 2009.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Graal: Rio de Janeiro, 1979.

FRANCO, Túlio. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde.** (Tese de Doutorado). DMPS/UNICAMP: Campinas (SP), 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da Liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____, Paulo. **Educação “bancária” e educação libertadora.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

_____, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Moraes, 1980.

_____, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 17^a edição, 1987.

_____, Paulo. **Educação e Mudança.** São Paulo, Paz e Terra, 14^a edição, 1988, pp. 28.

_____, Paulo. **Pedagogia da Esperança. São Paulo:** Paz e Terra, 12^a edição, 2005.

FREIRE, Roberto; BRITO, Fausto. **Utopia e Paixão. A Política do Cotidiano.** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

GUBA, Egon.; LINCOLN, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation.** Newbury Park: Sage Publications, 1989. 295p.

GRANADOS Toraño, Ramón. La reforma de los sistemas de salud: implicaciones. En: **Educación permanente de personal de salud.** HADDAD, Jorge y PINEDA, Elia Beatriz, editores. Tegucigalpa, M. D. C., 1997.

HYPOLITO, A. M. **Estado Gerencial, Reestruturação Educativa e Gestão da Educação.** RBPAE, v.24, n.1, p.63-78, 2008.

HEIJBLUM, G. **Educação Permanente em Saúde: a política das rodas.** Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/evento/reuniao_nacional/2005. Acesso em: agosto de 2009.

KANTORSKI, Luciane Prado, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 23, 2009.

KANTORSKI, Luciane Prado, et al. Avaliação de Quarta Geração – contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, 2009. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762.

- LOPES, S. R. S. et. al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com. **Ciências Saúde**, v.2, n. 18, p. 147-155, 2007.
- MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 284p.
- MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. 590p.
- MERHY, Emerson Elias. et al. O Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Eias; ONOCKO, R. (ORG), **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, Emerson Elias. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, Emerson Elias, AMARAL, Heloisa (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-66.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 393p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (ORG), DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. Pesquisa **Social: Teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira (ORG.). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.83-107.
- MORIN, Edgar. **A Cabeça bem-feita: repensar a reforma reformar o pensamento**. Rio de janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- MOTTA, José Inácio jardim. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. Rio de Janeiro, 1998, 227p. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- NUNES, M; TORRENTÉ, M; OTTONI, V; MORAES NET, V; SANTANA, M. A Dinâmica do Cuidado em Saúde Mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.. 24, n. 1, p.188-96, 2008.

OLIVEIRA, AGB, ALESSI, NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho da reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p.191-03, 2005.

OLIVEIRA, Maria Marly de. Metodologia Iterativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces**. Brasil/Canadá, Porto Alegre, v.1, n.1, 2001.

OPS-OMS. **El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud**. Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Capacitación en Salud .Buenos Aires: OPS-OMS, 1997. 36p.

PINHEIRO, Adaly. Disponível em http://www.flickr.com/photos/adaly_pinheiro. Acesso em: 12 de outubro de 2009.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.

Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n. 12, p. 39-44,1996.

RICAS, Janete. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais**. Belo Horizonte, 1994. 232p. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder Local e Inovação no SUS: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**. 2003. 229f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

ROSCHKE, Maria Alice Clasen, DAVINI, Maria Cristina, e HADDAD, Jorge. Educação Permanente e Trabalho em Saúde: um processo em construção. **Educación Médica y Salud**, v. 27, n. 4, out-dez, 1993.

SALBEGO, Maria do Horto. **A Contribuição da Luta Antimanicomial para a Política de Saúde Mental de Alegrete**. 2004. 82f. Monografia (Especialização). Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, Danilo Assumpção. Disponível em <http://www.assisbrasil.org/joao/danilo.htm>. Acesso em: 12 de outubro de 2009.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. **Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em**

coletivos. Porto Alegre, 2003, 293p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SILVA, Jacqueline; BORDIM, Ronaldo. Educação em Saúde. In. DUCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

SILVA, Jaqueline. Educação em Saúde: notas para discussão de um campo temático. **Saúde em Debate.** n. 42, 1994.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. **Educación Médica y Salud,** v.18, n.1, p.9-33, 1984.

WETZEL, Christine. **Avaliação de Serviços de Saúde Mental: a construção de um processo participativo.** 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva Práticas de planejamento e implementação de políticas no nível local. **Cadernos de Saúde Pública,** v.24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

Apêndices

APÊNDICE A - Roteiro de Análise

1. Características do Serviço:
 - 1.1. Descrição:
 - 1.2. Contexto Histórico:
2. Perfil dos Profissionais:
 - 2.1. Formação:
 - 2.2. Pós-Graduação e/ou Capacitação, Aperfeiçoamento:
 - 2.3. Tempo de trabalho no CAPS:
3. Atividades Coletivas:
 - 3.1 Grupos:
 - 3.2 Oficinas:
 - 3.3 Assembléias:
 - 3.4 Reuniões de Equipe:
 - 3.5 Outras:
4. Atividades Coletivas como Práticas de Educação Permanente em Saúde:
 - 4.1 Que contam com uma diversidade de atores, indivíduos, grupos ou instituições, da atenção, da gestão, da formação e do controle social;
 - 4.2 Que respeitam a horizontalidade das relações, considerando todos os participantes como sujeitos;
 - 4.3 Que oportunizam problematizar realidades, questionando e refletindo sobre determinadas situações, e são capazes de resignificar práticas, atualizar, produzir e socializar conhecimentos, e construir coletivamente a resolutividade dos problemas.

APÊNDICE B – Diário de Campo

Diário de campo – Carolina – Alegrete

14/ 07/ 09

Em torno das 8 horas do dia 14 de julho de 2009, quando cheguei no Caps II em Alegrete, acompanhado da psicóloga 4, fui apresentada para alguns profissionais da equipe que já se encontravam no serviço e fomos para sala amarela, para acompanhar a reunião de equipe. Chamou-me a atenção a ambiência, em especial os espelhos. Uma sala grande com cadeiras dispostas em toda volta formando uma grande roda. À medida que o pessoal ia chegando fui identificando os profissionais que fizeram parte das entrevistas do Capsul e àqueles que são novos no serviço. O coordenador Clodoaldo, citou minha presença para o grupo, o qual já estava informado sobre minha vinda ao serviço como uma “continuidade” da pesquisa CAPSUL, e pediu que eu me apresentasse. Apresentei-me neste momento como uma pesquisadora do Mestrado em Enfermagem da UFPel e citei minha trajetória como profissional da saúde mental, e pedi aos participantes da reunião que também se apresentassem. Estavam presentes diversos trabalhadores de diferentes turnos e profissões, sendo: Motorista, Psiquiatra, Psicólogas, Educador Físico (atual coordenador do CAPS), Assistente social, Enfermeiras, Técnicas e Auxiliares de Enfermagem, Oficineiras, Auxiliares de Cozinha e Higienização e Recepcionistas. A Psicóloga 3, coordenadora do Sistema de saúde mental, não participou porque não estava bem de saúde. Dos presentes, 50% eram profissionais do serviço em 2006 e foram profissionais entrevistados, na pesquisa CAPSUL. Em seguida expliquei que estava ali para realizar uma reciclagem das informações coletadas na pesquisa CAPSUL, especificamente com relação ao meu objeto de estudo, identificado com Educação Permanente em Saúde no Processo de trabalho de CAPS, através de uma nova oficina de validação. Entreguei material impresso com minhas observações e interpretações coletadas nas entrevistas e diários de campo do banco de dados da pesquisa CAPSUL, e estimulei os participantes a comentarem a respeito podendo interromper minha apresentação. A medida que ia apresentando, os profissionais iam participando ativamente se sentindo motivados a comentar atividades educativas realizadas no serviço, como: As Rodas do saber, em que o saber é socializado quando cada um que sai para fazer algum curso, capacitação, ou outra atividade traz o que aprendeu e apresenta para a equipe; Contam que as rodas do saber foram ampliadas para toda a rede de saúde do município e foi criado o NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva; E que na próxima roda dos saber eles vão apresentar a história do CAPS II para os demais serviços da Rede. Neste momento passam a relembrar os acontecimentos históricos e anotarem para construção da linha do tempo em bandeirinhas para apresentarem. Iniciaram falando da pesquisa sobre a realidade com levantamento de necessidades locais em 1989, seguindo com o Serviço de Atenção Integral e Comunitária e continuaram com as diferentes lembranças daqueles que vivenciaram cada etapa, até os dias de hoje. Psicóloga 4 diz que tem slides sobre a Política de Saúde Mental de Alegrete, com a linha do tempo e que irá me disponibilizar. Entre os principais acontecimentos me chamou atenção a preocupação permanente com a qualificação dos trabalhadores que participaram de vários cursos. Psicóloga 4 diz que os profissionais que fizeram os cursos de especialização, por exemplo, tinham que trazer um projeto de

intervenção para o serviço, e que cada curso é provocador de mudanças de práticas. Combinei de pegar depois também a relação dessas atividades que a equipe fez. O Educador Físico fala das oficinas de Capoeira e sua relação com a loucura, diz que os mentaleiros são capoeiristas da reforma psiquiátrica; E que as oficinas de Flauta, Capoeira e Ginástica são abertas a comunidade, qualquer pessoa pode participar. Contam que regularmente o caps é visitado por alunos das escolas para fazerem pesquisas de saúde. Entendem que este contato com os estudantes e com pessoas da comunidade não usuários ou familiares é muito importante para informar e educar a sociedade sobre a loucura e as formas de cuidado, sem preconceito e em liberdade; há também uma oficina de documentos perdidos, em que os usuários organizam e arquivam documentos perdidos, prestando um serviço de utilidade pública; Comentaram também sobre as assembléias dos usuários, a reunião da associação e as reuniões com o Ministério Público que ocorrem mensalmente para discutirem casos; Durante a reunião alguns profissionais entraram e saíram algumas vezes para resolver situações do serviço, entre eles, o Psiquiatra, o Coordenador, e outros;

Às 14 horas retornamos ao Caps, a psicóloga 4 foi para sala lilás para dar início a oficina de saúde mental coletiva que hoje trabalharia com o tema mãos (Figura 5), onde cada participante representou com a confecção de sua mão os seus diferentes significados. Primeiramente eu circulei pelo serviço, acompanhada da oficina 2 que ao me apresentar a área física ia comentando sobre o funcionamento do serviço e sobre alguns usuários. Havia alguns usuários circulando livremente pelo Serviço e outros se encontravam em duas salas de oficinas trabalhando com papéis, tapetes, e costura. A estrutura do serviço é a mesma, desde 2006, e se mantém em bom estado de conservação. A Oficina 2 me informou sobre a grade semanal de atividades do serviço, sendo:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Reunião do sistema com a coordenação do serviço. Artesanato Flauta doce Assembléia dos usuários	Reunião de equipe Reunião com oficinairos	Atividade física Flauta doce Capoeira Visitas domiciliares Artesanato Oficinas de alfabetização Oficinas de cuidados pessoais	Atividade física Coral Visitas domiciliares	Atividade física Flauta doce Capoeira Reunião do Serviço de Residenciais Terapêuticos. Oficina de saúde Mental Coletiva
Tarde	Artesanato Oficina de documentos perdidos Reunião da Associação de Usuários e familiares	Oficinas de alfabetização e cuidados Oficina de Saúde Mental Coletiva Oficina de documentos perdidos	Oficina de Saúde Mental Coletiva Oficina de documentos perdidos	Oficina de saúde mental coletiva no Passo Novo-UBS rural Grupo Tulipa obesidade Oficina de documentos perdidos	Oficina de saúde mental coletiva Teatro Oficina de documentos perdidos

Às 15 horas fui acompanhar a oficina de saúde mental coletiva na sala lilás, que também me chamou a atenção pelos espelhos, e pelas construções coletivas e temáticas penduradas nas paredes. A Psicóloga 4 me apresentou como uma pesquisadora, ao grupo que contava com 25 usuários sendo homens e mulheres, jovens, adultos e idosos, e com diferentes situações de sofrimento psíquico. Eu sentei entre eles e pedi permissão para ficar observando e fazendo anotações sobre a oficina. A Psicóloga 4 pediu aos participantes que fizessem uma roda livre de falas sobre o que eles haviam aprendido nestas oficinas. E assim dá-se início a uma série de falas emocionadas que se seguem:

- Usuária 1 – aprendeu a relação de solidariedade, respeito, a ética e o sigilo entre eles. Aprendeu a se corrigir, a se controlar, a amorosidade e educação;
- Usuária 2 – aprendeu que antes achava que não tinha nada, e a ter paciência;
- Usuária 3 – insiste em falar da venda de seu CD e quer ajuda da saúde mental;
- Psicóloga 4 – diz que aprendem a ter tolerância com o outro que é diferente, aprendem a respeitar a opinião de cada um, e que o tempo de um é diferente do tempo do outro;
- Usuária 4 – aprendeu a ter coragem e a se fortalecer com o coletivo;
- Usuária 5 – aprendeu a pizar com pé firme, melhorou a memória e aprendeu a fazer tapete;
- Usuária 6 – aprendeu muita coisa, e a ficar mais calmo, e a se entreter;
- Psicóloga 7 – aprendem a ter oportunidade de conversar e se entreter sem a televisão; aprendem a rir;
- Usuária 8 – aprendeu a tolerância (exercitou); aprendeu a suportar o tempo de cada um. Queria melhora rápida e depois viu que precisava ter tolerância consigo; aprendeu a confiar nos profissionais de saúde, e que a cura leva certo tempo;
- Usuária 9 – aprendeu a ter mais calma, a esperar; antes queria tudo de imediato. Aqui adquiriu muitas amizades, e aprendeu a receber novas opiniões sobre a vida de cada um;
- Usuária 10 – aprendeu a perguntar novas coisas;
- Usuária 11 – aprendeu a acreditar em si mesma, nas coisas que quer, a se conhecer melhor;
- Usuária 12 – aprendeu a se ocupar de si mesma; a gostar de si mesma;
- Usuária 13 – aprendeu a convivência, a gostar de si;
- Usuária 14 – aprendeu a não se isolar, a diferença dos processos terapêuticos e das várias terapias;
- Usuária 15 – aprendeu que podia voltar a estudar; aprendeu a fazer pão, fazer crochê, aprendeu que tem fome de outras coisas;
- Usuária 16 – aprendeu a sair de si mesmo, de sair de casa;
- Usuária 17 – aprendeu a sair de si mesmo;
- Usuária 18 – aprendeu a conviver e parar de chorar;
- Usuária 19 – Aprendeu a se animar a andar só; Foi até São Francisco de Assis; aprendeu a ter coragem e a cuidar dos outros; aprendeu a lidar com a idéia de morte, de forma diferente;
- Usuária 1 – diz que são irmãos por parte da Psicóloga 4 (mãezona) e do psiquiatra 1; aprendeu a simpatia e a fraternidade;

Durante as falas, alguns usuários mais ansiosos, como o Usuário 3 entravam e saíam da sala, às vezes interrompendo, às falas. A psicóloga 4 intervinha e pedia que fosse respeitada a vez de cada em falar. Fiquei ouvindo e me emocionando com as falas e pensando na riqueza do que se pode aprender apenas no compartilhar de uma roda de conversa, mais que novos conhecimentos, as inúmeras possibilidades de cuidado consigo e com outros, em que todo aprendizado é o resultado de singulares projetos terapêuticos construídos pelo próprio usuário e facilitado pela equipe. Nessa roda uns aprendem com as histórias dos outros, e eu dali não saí como cheguei.



Oficina de Saúde Mental Coletiva
Fonte: Arquivo do trabalho de campo Alegrete, 2009.

Por voltas das 16:30 chegou a Assistente Social 1, atual Secretária de Saúde, a qual foi carinhosamente recebida pelos usuários. Neste momento, tiramos algumas fotos (Figura 6) e posteriormente me despedi agradecendo a todos pela oportunidade e saí junto com a Assistente Social 1, para conversarmos. Fomos até a Secretaria Municipal de Saúde, onde ela me apresentou a coordenadora do recentemente criado Numesc (Núcleo municipal de educação em saúde coletiva) que estava em voltas com as inscrições para o curso de Acompanhantes Terapêuticos da ESP, para o qual então a Secretária estava liberando a participação de 04 trabalhadores. Nesta conversa, apresentei a ela, que

foi umas entrevistadas da pesquisa CAPSUL, o meu objeto de pesquisa e o material que trouxe para validação na reunião da equipe do Caps pela manhã. Ela refere entender que o que estou tentando evidenciar é que no trabalho cotidiano do Caps são realizadas ações que podem ser reconhecidas como de educação permanente em saúde, e diz que de fato isto sempre foi uma preocupação presente do movimento de luta antimanicomial de Alegrete, e que as ações educativas desenvolvidas não são naturais de qualquer processo de trabalho, mas sim resultado de um processo histórico da construção da saúde mental no município; Comentei que havia percebido que a maioria das atividades são chamadas de oficinas, e não de “grupos”. Ela diz que sim, que não usam aquelas atividades tradicionais com grupos específicos, e que em todas as atividades há sempre uma produção, mas não só de produtos, como oficinas de tapetes, de marcenaria, de pintura, mas produção de vida, de sujeitos como nas oficinas de saúde mental coletiva, na de capoeira, etc. Comentou que, as atividades valorizam o cotidiano dos usuários, em que se pode tirar algo da situação que está vivendo e a prender a reolhar de outro modo. Falou da importância de garantir estrutura para educação permanente em saúde, por isso a criação do Numesc e a ampliação das rodas do saber para toda rede de saúde. Ao final ela me disponibilizou material com a história da saúde mental de Alegrete e me convidou para acompanhá-la em uma reunião de discussão do plano Plurianual em um dos bairros da cidade, a qual eu aceitei, e pude presenciar um momento de extrema participação comunitária, na discussão dos planos de governo para as diversas secretarias municipais, sendo apresentados e discutidos pelos respectivos secretários e os moradores.

Anexos

ANEXO 1 - Construções do Círculo Hermenêutico Dialético

Questões Iniciais

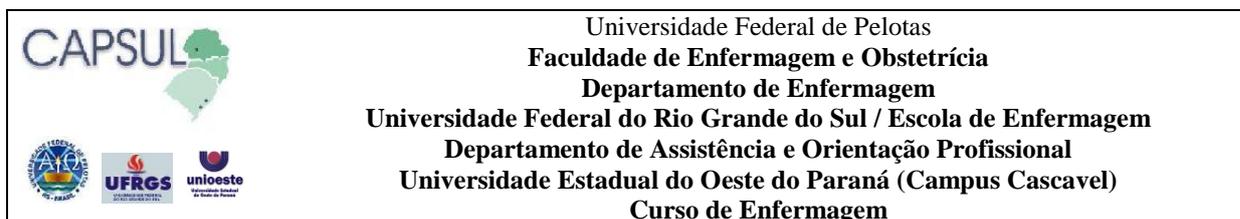
1. Fale sobre o atendimento no serviço.
2. Que fatores podem estar contribuindo para o melhor funcionamento do serviço?
3. Fale sobre a gestão da política municipal de saúde mental com relação a política da secretaria municipal de saúde versus coordenação de saúde mental e a relação CAPS versus Secretaria Municipal de Saúde.
4. Como o projeto terapêutico orienta o trabalho do CAPS?

Questões desdobradas

1. Fale sobre como você vê as situações de risco de agressão por parte dos pacientes graves no dia a dia do trabalho no CAPS.
2. Como você tem trabalhado com os familiares dos usuários do CAPS?
3. Como você tem visto a questão do preconceito para com os usuários na comunidade?
4. Quem participa nas decisões sobre o funcionamento do CAPS?

ANEXO 2 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO 3 – Consentimento Livre e Informado para Participação na Pesquisa



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL**", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Luciane Prado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002.

Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>