

## Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil

Mental health education: action of psychiatric reform in Brazil

### Mariane Brusque Radke

Psicóloga, especialista na área de educação permanente em saúde, mestre em Saúde Coletiva.

E-mail: [marianeradke@gmail.com](mailto:marianeradke@gmail.com)

### Ricardo Burg Ceccim

Professor titular, especialista em Saúde Pública, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica e Pós-Doutor em Antropologia Médica.

E-mail: [burgceccim@gmail.com](mailto:burgceccim@gmail.com)

### Resumo

Os processos de reforma sanitária e psiquiátrica ocorridos no Brasil indicaram, nas mudanças projetadas, a necessidade de diversificação e ampliação da rede de atenção básica, assim como a implantação de uma rede de atenção psicossocial. Deve-se reconhecer, entretanto, que nenhum processo de mudança se faz sem correspondente e adequado processo educativo ou de renovação dos estilos de pensamento. Assim, no interesse de uma atenção à saúde mental, mediante saber técnico e compromisso ético, sumarizamos, à guisa de inventário, a educação em saúde mental nos 15 anos de reforma psiquiátrica no Brasil. Foram identificadas mais de dez modalidades de ação, da educação permanente à formação especializada, do pessoal de nível médio ao pessoal de nível superior, envolvimento de estudantes de graduação, desenvolvimento das interações universidade-sociedade e implicação de usuários. Concluiu-se que houve crescente participação do gestor federal na identificação e implementação de ações responsáveis em formação e desenvolvimento em saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Atenção Básica; Educação Permanente em Saúde; Reforma Psiquiátrica; Reforma Sanitária.

### Abstract

The processes of sanitary and psychiatric reforms in Brazil indicated, in the projected changes, the need for diversification and expansion of the basic care network, as well as the implementation of a psychosocial care network. It should be recognized, however, that no process of change is made without

corresponding and adequate educational process or renewal of styles of thought. Thus, in the interest of mental health care, through technical knowledge and ethical commitment, we summarize, as an inventory, the mental health education in the 15 years of psychiatric reform in Brazil. More than ten types of action have been identified, from permanent education to specialized training, from mid-level to senior staff, graduate students

engagement, development of university-society interactions, and users involvement. It was concluded that there was an increasing participation of the federal manager in the identification and implementation of responsible actions in training in mental health.

**Keywords:** Mental Health; Primary Health Care; Permanent Education in Health; Psychiatric Reform; Sanitary Reform.

## Introdução

Frente aos embates ideológicos e de disputa de mundos que diretamente afetam a organização das ações e dos serviços de saúde, torna-se fundamental a defesa de um sistema de saúde efetivamente de acesso universal e capaz de integralidade da atenção. Estratégias concretas de renovação permanente das práticas precisam ser adotadas de modo a assumir que o cotidiano está sempre em transformação, que as equipes de saúde estão sempre em aprendizagem e que os rumos e objetivos que buscamos como profissionais e com o sistema de saúde estão em disputa. No Brasil, falamos sempre de duas grandes “reformas”, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, de ambas podemos dizer que alcançaram um certo ponto de chegada. Quanto à primeira, um recente sistema de acesso universal, com destaque à implantação de uma rede territorial. No que diz respeito à atenção, embasada na equidade e na integralidade; no que diz respeito à gestão, embasada na descentralização e na participação. Quanto à segunda, a recente configuração de uma Rede de Atenção Psicossocial. No que diz respeito à atenção, os esforços de uma renovada luta

antimanicomial; no que diz respeito à gestão, a organização de uma teia de suporte formativo e educativo (formação embasada no território e na educação permanente em saúde). A juventude das duas reformas nos convoca esforços para não permitir retrocessos e garantir, de seus atores, os esforços necessários para o desenvolvimento e o avanço de suas propostas ético-políticas, consolidando pilares às práticas e às reflexões em consonância com suas causas e motivações.

Se o acesso universal diz respeito a não discriminação, de qualquer tipo, para aceder às ações e aos serviços de que necessite qualquer cidadão – nos termos em que os necessite – a integralidade se refere à não dissociação dos fatores que afetam a saúde, sejam eles relativos aos aspectos biossanitários ou aos aspectos psicossociais. Entre o acesso e a integralidade, uma agulha de precisão está na regulação promovida pelo critério da equidade, um objetivo de todo sistema de saúde que diga respeito à singularidade de seus usuários. Quanto à presença técnica das equipes nos cenários da atenção e da gestão, são requeridos

saberes intelectuais e profissionais correspondentes à construção dos melhores desfechos em uma saúde afirmativa da vida. O simples acesso ao conhecimento ou à informação, entretanto, não corresponde à prontidão na ação de acolhimento ou ação assistencial, podendo repercutir em medicamentação, encaminhamentos em demasia (ou diversos do conveniente) e negligência<sup>1, 2</sup>. O simples acesso ao conhecimento ou informação também difere de estratégias contínuas de educação em serviço, somente possíveis em uma política de área técnica que se apresente atravessada pela construção de equipes, serviços e redes.

Uma “rede” de atenção psicossocial foi pensada à política nacional de saúde mental com forte presença da atenção básica na proteção da vida, não havendo razão, diante da integralidade e da equidade no atendimento, para se supor a dissociação entre cuidado biossanitário e cuidado psicossocial. Impôs-se, portanto, pensar como construir a prontidão para o trabalho em equipe – da atenção básica à reabilitação psicossocial – ou aquilatar prejuízos à qualidade da atenção em saúde mental por falta de conhecimento, habilidade ou formação correspondentes à integralidade e equidade na perspectiva da diversidade, liberdade, inclusividade e multiplicidade da vida. As políticas públicas de atenção básica<sup>3, 4</sup>, de saúde mental<sup>5, 6</sup> e de educação permanente em saúde<sup>7, 8</sup>, nos colocaram pistas à gestão política de um processo que diz respeito tanto à ampla atualização em todos os sentidos da

melhor clínica como à organização de um trabalho vivo onde a formação se integre ao cotidiano em compromisso com a vida. Constatamos, após uma disciplinada busca em relatórios de gestão relativos a última década e meia (2001 a 2016 – 15 anos de reforma psiquiátrica no Brasil), que a experiência brasileira, no Sistema Único de Saúde, representou crescente responsabilidade com a formulação e execução de uma política pública com compromisso formativo no campo da saúde mental, revelando a materialidade de uma “educação em saúde mental”, não apenas no interior da respectiva área técnica, mas em diálogo com as políticas nacionais de atenção básica e educação permanente em saúde, motivo pelo qual, de modo algum, poder-se-ia sugerir uma condução setorial em desconsideração do ensino, pesquisa e desenvolvimento metodológico para o cuidado, composição de redes de assistência e configuração de estratégias formativas relativas à luta e ao cuidado antimanicomial.

### À guisa de inventário: a metodologia de investigação e o mapa de achados

Sabemos que as expressões “reforma psiquiátrica”, “luta antimanicomial” e “saúde mental” não são suficientes para afirmar assertivamente diferenças, desejamos acreditar que as designações “atenção psicossocial” e “saúde mental coletiva” assim o sejam, mas não há garantias<sup>9</sup>. A noção de Saúde Mental Coletiva faz a contração das noções de promoção da vida pelas ações de saúde em

território (atenção básica) e de intervenção nos aspectos de formação de subjetividade (saúde mental), implicando cuidado em saúde e produção da existência, nesse sentido não resume a atenção em saúde mental à intervenção psiquiátrica, psicológica ou psicopedagógica de caráter individual e pautada pela díade diagnóstico-prescrição, aceitando e promovendo as inscrições em rede entre a clínica e a cultura<sup>10,11</sup>. Na cultura, estão as bases locais de produção de relações e interações, o contato com as artes e artesanias, as ações colaborativas de grupos e coletivos, as práticas cooperativas comunitárias, a atuação ou presença em movimentos sociais e espaços expressivos, envolventes de profissionais, usuários, estudantes, familiares e representantes da cultura local, das culturas artísticas e área socioassistencial<sup>12</sup>.

Discutiremos neste artigo a Educação em Saúde Mental, recolhendo dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde a presença da formação ou educação permanente para verificar o compromisso com a integralidade e equidade, sem retorno aos moldes anteriores à Reforma Psiquiátrica. O trabalho de pesquisa foi inicial, etapa delineadora de um “mapa da formação”, propondo-se a identificar o perfil e a diversidade das práticas de formação. O artigo enuncia um projeto educativo de desenvolvimento do saber técnico, construção do compromisso social e composição da rede. Para a pesquisa, não percorreremos tudo aquilo que experiências práticas documentadas poderiam nos dizer,

escolhemos exclusivamente os relatórios de gestão concernentes à coordenação-geral de saúde mental e aos departamentos de atenção básica e de educação na saúde, do Ministério da Saúde.

Um “inventário” corresponde à “enumeração e descrição”, à organização de uma “relação” ou à composição de uma “lista” que, em suma, nos ajuda a compreender um cenário, informar uma ação, subsidiar uma estratégia. Um inventário prenuncia um “agir informado”. Somente é possível realizar um inventário a posteriori, uma vez que representa o “resgate” de elementos, informes ou fatos “dados”. Com um inventário, podemos “enumerar” ou “elencar” informes àquilo que se quer fazer ver. Flores e Wagner<sup>13: 250</sup> dizem que o inventário “remete a uma necessidade de ordem, categorização, sistematização que o pesquisador, muitas vezes, procura para organizar sua própria pesquisa ou ideias”. Também alertam que “a maneira de organizar os materiais não é única, e a escolha por uma estratégia, e não outra, diz, apenas, sobre como compreendemos e produzimos o conhecimento acerca do tema que investigamos”. Prado e Morais<sup>14:146</sup> lembram que “nossos inventários (...) revelam nossas próprias contradições, limites, inconclusões, incertezas, imprecisões”. O inventário constituiria, justamente, “o produto e o processo de alguém que está em busca de um modelo que reconheça e incorpore a possibilidade de pensar o conhecimento de maneira compartilhada e complexa”, uma

busca, não uma chegada. Já Caballero<sup>15:24</sup> coloca o inventário como estratégia de “selecionar, processar, organizar e disponibilizar informações sobre determinado universo de interesse”. Assim, o inventário permitiria “dar visibilidade a um conjunto sistematizado” de discursos, práticas e produções, por exemplo.

Nossa primeira tarefa foi localizar relatórios de gestão com abrangência do período estipulado. Existem estes relatórios? Como podem ser obtidos? A esta primeira tarefa, designamos “Base de Dados”. A tarefa seguinte era extrair as ações pedagógicas sob a forma de uma lista e, então, dar-lhes alguma consistência informativa, segundo os dados relatados. A esta tarefa principal designamos “Inventário” (o inventário da ação educativa em saúde mental). O “filtro” à extração, deveria corresponder ao nosso “universo de interesse”, isto é, *atenção básica, educação na saúde e atenção psicossocial*. Quanto à atenção básica: os tópicos do cuidado em território e de promoção da saúde com ênfase nos serviços locais de unidades básicas a centros de atenção psicossocial. Quanto à educação na saúde: os tópicos da educação permanente e desenvolvimento de coletivos organizados de produção da saúde. Quanto à atenção psicossocial: os tópicos do cuidado em liberdade, sob práticas intersetoriais e interprofissionais, com valorização da cultura e dos processos de subjetivação no contemporâneo. Ao todo, foram encontrados nove relatórios, todos disponíveis na Internet, distribuindo-os em 7 blocos de tempo, cobrindo todo o período selecionado.

## O inventário da ação educativa em saúde mental

Ao longo dos 15 anos de reforma psiquiátrica, a estrutura de gestão do Ministério da Saúde não foi sempre a mesma. Em março/2017, no encerramento do relatório de pesquisa, encontrávamos a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) e os Departamento de Atenção Básica (DAB) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), as duas primeiras estruturas na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a terceira na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Atuantes em conjunto para muitas das ações educativas em saúde mental, pode-se listar: cursos de especialização e qualificação; residências “médicas em psiquiatria” e “multiprofissionais em saúde mental”; formação e práticas em apoio matricial; desenvolvimento da proposta de supervisão clínico-institucional e escolas de supervisores; formação para o assessoramento e educação em redução de danos; cursos de saúde mental, álcool e outras drogas para o pessoal de nível médio; programas de reorientação da formação profissional e educação tutorial pelo trabalho, ambos com projetos em saúde mental; vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) com presença na rede substitutiva e luta antimanicomial; projeto “percursos formativos na rede de atenção psicossocial” e atividades formativas na rede de escolas técnicas do SUS; além de iniciativas inovadoras envolvendo Linha de Cuidado em Saúde Mental para o matriciamento, Gestão Autônoma da

Medicação para a equipe de saúde e usuários, Acompanhamento Terapêutico para estudantes e profissionais de diferentes níveis de escolaridade, estratégia Telessaúde e dispositivo Comunidades de Prática.

A lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei Federal 10.216/2001) deu motivação ao Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, formulado em 2002, para o incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. O Programa chegou a 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A maior parte dos cursos de curta duração direcionados à difusão do tema da saúde mental junto às equipes de referência primária na atenção básica. Entre os temas frequentes no último terço do período analisado, estavam a abordagem em álcool e outras drogas, inclusive no contexto indígena; formação do pessoal de nível médio para a saúde mental, álcool e outras drogas; formação em Apoio Matricial, com ênfase aos Núcleos de Apoio em Saúde da Família/Atenção Básica (NASF) e para a supervisão clínico-institucional; formação em cuidado à população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios de Rua; curso sobre Saúde Mental Indígena; curso na

modalidade Educação a Distância (EaD) para a Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental; cursos de saúde mental infanto-juvenil e cursos sobre linhas de cuidado em saúde mental.

O ano de 2016 aponta o perfil de cursos a que se chegou, na perspectiva de “escutar” demandas: Especialização em Linha do Cuidado em Enfermagem de Saúde Mental, para formar enfermeiros especialistas e Atualização a Distância, via Sistema Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS, em Saúde Mental Infanto-Juvenil, Atenção à Crise em Saúde Mental, Cuidado em crack, álcool e outras drogas<sup>16</sup>. A seguir, os principais perfis formativos na década e meia da reforma psiquiátrica brasileira, sob a forma de inventário da educação em saúde mental.

### *Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental*

Em 2006 foi constituído um Grupo de Trabalho específico para elaborar diretrizes às Residências em Saúde Mental, convocado pelo DEGES, responsável à época pela política de especializações e residências, envolvendo assessores e consultores da Política Nacional de Saúde Mental e a participação de profissionais da rede municipal de saúde. Durante o ano de 2007, foram considerados de referência, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, os Programas de Residência Integrada em Saúde Mental dos estados da Bahia, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Ainda no mesmo ano, uma importante conquista foi a implementação da

primeira residência em psiquiatria administrada diretamente por uma rede municipal de cuidados em Saúde Mental, a Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde do Município de Sobral/CE, com incentivo do Ministério da Saúde e apoio das universidades públicas da região. A nomenclatura Residência Integrada Multiprofissional foi indicada pelo Ministério da Educação à abertura de programas nos hospitais universitários e as residências na área profissional de saúde mental receberam impulso significativo em 2009/2010. Em 2016 já estavam em vigência 201 Programas de Residência Médica em Psiquiatria, 21 Programas de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência e 54 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental<sup>17,18</sup>.

### ***Qualificação dos Serviços: Supervisão Clínico-Institucional e Escola de Supervisores***

A saúde mental estabeleceu um campo de metodologias pedagógicas em sua coordenação nacional de política pública, como a supervisão clínico-institucional (SCI) à rede de CAPS e a Escola de Supervisores (formação para a SCI), assim como o apoio matricial em saúde mental dos NASF para a rede básica e o Apoio Institucional das coordenações de saúde mental aos serviços e redes intersetoriais. O sistema de saúde orientou a organização do Apoio Matricial com a instalação de equipes de saúde mental nos NASF e do Apoio Institucional sob a forma de equipes assessoras de gestão organizacional

da clínica, contribuindo para a composição das redes de atenção e intersetoriais nos municípios. A Supervisão Clínico-Institucional serviu à articulação de consultorias de caráter formativo aos CAPS e a Escola de Supervisores mobilizou pesquisadores e universidades em estratégias formativas e educativas para o aperfeiçoamento e inovação em saúde mental, a partir de 2005, após a aprovação no I Congresso Brasileiro de CAPS. A SCI objetiva qualificar a prática dos profissionais que atuam diretamente na ponta, no atendimento ao usuário, e promover o debate, construção e avaliação da rede de atenção psicossocial (saúde mental e cuidado em crack, álcool e outras drogas). Em 2011 foi realizada a 1ª Oficina Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais e em 2012 já haviam 98 projetos de SCI em todo o país. No período de 2007 a 2010 foram financiados 655 projetos, entre projetos de Qualificação/Supervisão de CAPS, projetos de Qualificação/Supervisão em demandas relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas e projetos de supervisão de redes para processos de desinstitucionalização. No âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, 1.066 municípios pequenos receberam recursos para a supervisão de suas redes<sup>16</sup>.

### ***Ênfase nos Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde***

Entre as iniciativas organizadas pelo DEGES, a partir de 2009, estavam o Programa de

Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, posteriormente, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), ambos oferecidos aos estudantes de graduação e como modalidade de interação do Sistema de Saúde com as Universidades. O Pró-Saúde, iniciativa estruturante do DEGES, orientava a integração dos aspectos bio sanitários aos aspectos psicossociais no ensino e aprendizagem da integralidade da atenção, assim como a compreensão da atenção à saúde com base no territórios e construção de laços intersetoriais com a cultura, como na saúde mental coletiva. Já o PET-Saúde Mental foi estruturalmente importante para a Política de Saúde Mental, representando um aprofundamento da relação da área com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Em 2010, o programa foi ampliado e a Portaria Conjunta nº 6, dos Ministérios da Saúde e da Educação, de 17 de setembro de 2010<sup>19</sup>, instituiu o PET-Saúde Mental e o PET-Saúde em Crack, Álcool e outras Drogas. Esses programas envolveram 65 Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde em 80 projetos, todos dispostos com bolsas para tutores acadêmicos, preceptores das redes de saúde e estudantes de graduação por períodos de execução de 2 anos. Cada grupo deste programa é formado por 1 tutor acadêmico, 3 preceptores da rede de serviços e 12 estudantes. O PET-Saúde Mental entre 2013 e 2015 somou um número total de 90 grupos espalhados em todas as unidades da federação. Ao longo de todo o período, foram 161 projetos, somando 90.297 tutores, preceptores e estudantes.

### *Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial*

Em 2013 foi lançado o projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em Saúde Mental segundo quatro linhas norteadoras: a) intercâmbio profissional entre redes de atenção psicossocial; b) oficinas de integração do processo de trabalho em rede; c) desenvolvimento e execução de um plano de educação permanente; e d) circulação de saberes e experiências por meio da mediação de um profissional (“Engrenagens da Educação Permanente”). Seis perfis foram definidos para a troca de experiências e aprofundamento de conhecimentos: saúde mental na atenção básica; atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infanto-juvenil; saúde mental em crack, álcool e outras drogas; desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Na segunda edição foi incluída um sétimo perfil: atenção em álcool e/ou outras drogas com ênfase nas questões indígenas. O projeto Percursos Formativos foi definido como a “viabilização da implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios”. Participaram 21 estados das cinco regiões do Brasil<sup>16</sup>. O conceito foi de redes receptoras e redes visitantes, onde a primeira oferece uma espécie de “estadia formativa”, segundo sua experiência local, e a segunda, envolvendo 5 municípios, apreende – em território – a experiência da primeira. Na primeira chamada,

de 2013, as redes receptoras receberam 20 profissionais de cada município visitante. Entre os anos de 2014 e 2015, foram realizadas as etapas de intercâmbio entre experiências e oficinas de integração nos territórios. Em 2015, foram consolidadas 12 redes receptoras para 48 redes visitantes, não tendo sido efetivado o perfil formativo indígena. No ano de 2016, foi articulada a execução do componente Engrenagens, bem como a implementação das ações pactuadas nos planos de formação<sup>16</sup>. A ação de Engrenagens selecionou 15 tutores e 91 ativadores de redes intra e intersetoriais para colaborar no desenvolvimento e execução dos Planos Municipais de Educação Permanente produzidos durante o intercâmbio e oficinas de integração. No âmbito dos percursos formativos observou-se o destaque às formações diretamente envolvidas com a saúde mental na infância e adolescência, as demandas em álcool e outras drogas e o atendimento em crise e urgência<sup>16</sup>.

### **Educação e Assessoramento em Redução de Danos**

Além de considerar a preservação do contexto sociocultural das populações, as iniciativas em educação e assessoramento em redução de danos representaram a oferta de cuidados no próprio espaço da rua, mostrando impactos condizentes com o cuidado profissional e com alcance social. A partir de 2009, foram criadas as “Escolas de Redutores de Danos”, dispositivo voltado para a formação teórico-prática de segmentos profissional e popular. Ao final de

2013, já estavam disponibilizadas 65 Escolas, organizadas segundo o esquema de 1 tutor para cada 8 redutores em formação. No intervalo entre 2007 e 2010, foram formados 1.044 redutores de danos. Em 2016, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, deu-se continuidade a 2 edições do curso de EaD em “álcool e outras drogas: da coerção à coesão”, orientado por princípios e práticas da Redução de Danos, formando um contingente de 3.000 trabalhadores<sup>18,20,21</sup>.

### **Caminhos do Cuidado**

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), dos anos de 2000-2002<sup>22</sup>, foi no ano 2000 que foi instituída a Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET/SUS (Portaria GM nº 1.298/2000). Existem hoje 40 escolas vinculadas a esta Rede, distribuídas em todas as Unidades Federativas. Para além das iniciativas da Rede de Escolas Técnicas do SUS, ainda no ano de 2000, o Departamento de Atenção Básica (então na SPS) registrou a realização de 281 cursos de capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família na área de saúde mental na atenção básica. Já o Caminhos do Cuidado foi uma atividade formativa de destinação específica aos trabalhadores da saúde de nível médio, como os auxiliares e técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O programa Caminhos do Cuidado estava direcionado à atenção à saúde em crack, álcool e outras drogas e foi desenvolvido com a abrangência da saúde mental. Transcorreu entre os anos de

2013 e 2015, articulado pela área de Educação na Saúde com a área da Saúde Mental, e executado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, junto com o Grupo Hospitalar Conceição – Escola GHC, em parceria com a RET-SUS em todo o País<sup>23</sup>. Lançado em outubro de 2013, a fase de formação foi concluída no final do ano de 2015, com oferta de qualificação para 292.196 profissionais do nível médio, compreendendo a totalidade dos ACS atuantes no SUS. A iniciativa permitiu desdobramento em uma formação em avaliação institucional educativa, a geração de uma revista própria e a estruturação de observatório atento às possibilidades de reunião das tecnologias e metodologias da Atenção Básica, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde para a melhoria da atenção integral no tocante à saúde mental, álcool e outras drogas.

### *Cursos de Qualificação e Especialização para a Equipe Multiprofissional em Saúde*

No período de 2003 a 2006, no campo da saúde mental, estiveram em vigência 22 cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, alcançando profissionais de 15 estados, uma média anual de 1.500 profissionais em formação especializada e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade em pelo menos 1 curso de curta duração. Ao longo do período os cursos transitaram entre implantação e qualificação

de serviços substitutivos à internação em saúde mental e de atenção básica. Nos últimos 3 anos, tornaram-se relevantes a abordagem em infância e adolescência; urgência e atenção na crise; álcool, crack e outras drogas, assim como foi enunciada a necessidade de tematizar a população indígena e apoiar distritos sanitários especiais indígenas<sup>16,20</sup>.

### *Vivências e Estágios Interprofissionais na Realidade do Sistema Único de Saúde*

As vivências-estágio para estudantes de graduação se popularizaram no Brasil ao longo dos anos de 2002 a 2016, primeiro com experiências isoladas e, a partir de 2004, de maneira nacional, com articulação das áreas de educação permanente em saúde e de atenção básica nas três esferas de governo, sempre buscando a coincidência com as férias universitárias<sup>24</sup>. O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS realizado em 2004 contemplou 19 estados brasileiros e 1.067 estudantes. Usando como exemplo o ano de 2013, que está publicado em forma de artigo, a edição de verão recebeu 2.144 inscrições de estudantes, provenientes de 49 cursos de graduação e 23 estados da federação. Nesta edição, 793 estudantes se inscreveram para a função de facilitador, de 38 diferentes cursos de graduação e 25 estados brasileiros. Ao todo, foram mobilizados nesta atividade específica, 280 apoiadores locais. O VER-SUS veio compor possibilidades de experimentação e ressignificação do fazer e do cuidado em saúde mental no cotidiano da

realidade do sistema de saúde brasileiro. Sua proposta proporciona a aproximação interdisciplinar e multiprofissional entre estudantes de graduação, ao cotidiano e realidade do SUS em todos os cantos do país. O engajamento de estudantes junto à rede de CAPS e movimentos de usuários, assim como a adesão de estudantes com esta pauta nas candidaturas à facilitador demonstram, conforme Figueiredo et al<sup>25</sup> sustentação de mudanças na política de atenção básica e de saúde mental, assim como na defesa da educação permanente em saúde no interior dos processos de trabalho. Um relato de experiência do VER-SUS em Imperatriz/MA, de estudantes de enfermagem, fisioterapia e farmácia, em 2016, informa que sua presença em CAPS Adulto, CAPS Álcool e Drogas e CAPS para a Infância e Adolescência, foi notória ao incentivo para atuar nessa área e ao reconhecimento das melhorias que a atenção em saúde mental conquistou no Brasil, desde suas estruturas físicas até as estruturas de apoio assistencial e às famílias dos usuários<sup>25</sup>.

### *Linha de Cuidado em Saúde Mental*

Em 2008, foi experimentado o modelo “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para Atenção Básica” e “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”. O Modelo previa um processo formação e suporte para o apoio matricial em saúde mental na rede de atenção. O Curso e o Guia integraram o Projeto Babel, um programa de formação realizado em quatro capitais brasileiras: Rio de Janeiro,

Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre. O projeto teve desenho na modalidade EaD e incluiu, de forma interativa, profissionais da atenção básica e profissionais da atenção psicossocial. Segundo o enfoque das metodologias ativas em aprendizagem e da Educação Permanente em Saúde, foram combinados grandes encontros presenciais, ações de matriciamento e grupos de discussão sobre as ações estratégicas voltadas às características dos territórios e seus usuários. Nas turmas da edição inicial, foram envolvidos 800 trabalhadores do SUS e, em uma edição complementar, envolvendo os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul foram providenciadas adaptações do modelo<sup>26</sup>. A duração era de 120h-aula/atividade, tendo como público a equipe da atenção básica ampliada (médico, enfermeiro e profissional de saúde mental), implementando atividades práticas de matriciamento e de supervisão clínico-institucional.

### *Outras Disposições Formativas*

#### *Gestão Autônoma da Medicação*

Uma ação muito recente e que merece anotação, é a tradução/transposição da estratégia Gestão Autônoma da Medicação – GAM, do Canadá para o Brasil. A estratégia envolve um Guia para a gestão autônoma da medicação e Grupos de Intervenção. Os grupos de intervenção devem ser heterogêneos, segundo a garantia de participação de usuários, trabalhadores e residentes (residências médicas ou multiprofissionais). Os Grupos de

Intervenções se destinam a acessar a experiência coletiva do uso de medicamentos psiquiátricos; auxiliar na promoção de práticas colaborativas que ampliem o grau de comunicação entre usuários e trabalhadores; garantir o acesso à informações sobre direitos do usuário, terapias alternativas e redes de apoio, além da caracterização e efeitos dos medicamentos mais comumente usados em psiquiatria; mobilizar discussões acerca da autonomia dos usuários diante das possibilidades de condução de seu projeto terapêutico; e fomentar condições para o exercício do direito e o fortalecimento do sujeito de direitos em espaços de participação<sup>27</sup>. Não chegou a tratar-se de uma oferta ou condução da política nacional, mas contou com sua observação e constitui modelo singular à assistência em construção da autonomia, liberdade e interação horizontal de trabalhadores e usuários. Trata-se de uma "intervenção pedagógica" que questiona o "saber legítimo/razão médica" acerca da medicação psicotrópica e seu lugar central nas práticas conservadoras de atenção em saúde mental. Promove espaços interdisciplinares de discussão e a confecção de dispositivos que debatem os aspectos simbólicos do medicamento, seus efeitos e limites, entre usuários e trabalhadores da saúde, mostrando-se inclusive reorientador da educação em saúde<sup>28</sup>. Um Guia é a ferramenta na construção de estratégias para o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar tratamentos. A participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central<sup>29</sup>.

### *Acompanhamento Terapêutico*

Entre as intervenções pedagógicas e a potência da Educação em Saúde Mental, ressalta-se ainda a formação para o Acompanhamento Terapêutico, que não pode ser avaliada quantitativamente, mas nos fala da possibilidade dessa prática na atenção básica e na atenção psicossocial. Essas iniciativas têm sido utilizadas pelos profissionais que trabalham com saúde mental coletiva e psicanálise<sup>30</sup>. A prática do acompanhamento terapêutico surge destinada àqueles pacientes acometidos por transtornos mentais ou em sofrimento psíquico que, independentemente da motivação, requerem mais (ou menos) do que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento. Historicamente, o trabalho de AT foi requisitado por psiquiatras (em um número menor de vezes, por psicólogos clínicos e psicanalistas) como uma espécie de substituição da internação. A educação para o acompanhamento terapêutico possui características regionais e de território, ainda não distribuída no país. Estudos realizados no estado de Santa Catarina por Brandalise e Rosa<sup>31</sup> buscaram saber quando a modalidade é usada junto aos serviços substitutivos. Em primeiro lugar aparecem dificuldades relacionadas ao deslocamento físico (21,42%), seguidos de isolamento (14,28%), de atividades de vida diária (14,28%), fobias (12,85%), dependência familiar (10%), simbioses afetivas (4,28%), ideação suicida (1,42%) e conflito familiar (1,2%). A formação em AT tem sido objeto de programas de extensão universitária ou de

cursos qualificação da Rede de Escolas Técnicas do SUS ou das Escolas de Saúde Pública.

### *Telessaúde e Comunidades de Prática*

Práticas formativas direcionadas diretamente ao profissional em atuação ocorrem por mecanismos virtuais em espaços de debate e troca de experiências. Tanto as Comunidades de Prática como o Telessaúde são possibilidade de discussão de casos e consultorias, possibilitando uma extrapolação das possibilidades de intervenção/atuação. O fôlego gerado por essas iniciativas agrega uma perspectiva de sustentação à rede nacional como um todo, integrando seus interlocutores, produzindo conhecimento técnico e ampliando as possibilidades do fazer em saúde mental. Em relação às iniciativas de telessaúde, foram desencadeadas táticas de apoio e matriciamento virtual envolvendo Núcleos de Telessaúde localizados em universidades. O programa nacional “Telessaúde Brasil Redes” oferece teleconsultoria às Unidades Básicas de Saúde e foram encontrados cursos em EaD de Saúde Mental na Atenção Primária para Médicos e Saúde Mental na Promoção da Saúde. As Comunidades de Prática têm aproximado experiências não apenas em território, mas permitido trocas e diálogos em âmbito nacional. Comunidades de Prática têm servido à discussão de casos, de práticas e de experiências locais, possibilitando um compartilhamento com abrangência distinta da “base”, pois as trocas vão para além de fronteiras físicas territoriais e redes de matriciamento.

Sistemas telessaúde comportam iniciativas como informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela Internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências. Representam uma importante iniciativa de educação permanente por sua condição de apoio imediato aos serviços e aos trabalhadores por meio de tecnologias de informação e comunicação eletrônica. A aposta é de que esses encontros produzam, para além das aprendizagens e troca de informação em si, pactos e compromissos que fortaleçam a responsabilização e a capacidade de promover cuidado continuado e integral, nas diversas linhas de cuidado que atravessam as redes de atenção<sup>32</sup>. Já as Comunidades de Prática – CoP, segundo Marcolino, Lourenço e Reali<sup>33</sup>, são constituídas a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto em comum, que se desenvolve pela troca de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modos de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação. O projeto Comunidades de Prática, como proposta institucional ministerial, foi desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica, um portal na Internet aberto para a configuração dessas Comunidades. O projeto já congrega 7.607 relatos de experiência de todo o Brasil, colocando em conversa o pessoal “da ponta”, vinculado a qualquer lugar do país. Além dos relatos, já houve editais promovidos

no interior das Comunidades de Prática que representaram o fomento à reflexão sobre o trabalho em saúde. Conforme consulta ao site das Comunidades de Prática, foram encontrados 3.470 relatos relacionados à prática e à reflexão da saúde mental na atenção básica. Sete cursos foram oferecidos na forma de redes de conversa, além de diversos fóruns temáticos surgirem e movimentarem grupos de interlocutores e a aprendizagem cooperativa.

### **Ensaio ao Impacto Visual: representações ilustrativas do inventário**

Construímos uma linha histórica figurativa (figura 1 e figura 2) para que o crescimento das iniciativas formativas inventariadas pudesse ser percebido, bem como a continuidade e o caráter de permanência e constância da maior parte das medidas efetivadas no período estudado. Foram detectadas três subdivisões do período analisado: 2001-2003, período em que a coordenação nacional de saúde mental estrutura a implantação operacional e normativa da Lei; 2003-2012, período em que as políticas nacionais de saúde mental, atenção básica e educação permanente em saúde convergem e instauram diversos processos de formação, de apoio à construção de redes, ações e serviços; e 2013-2016, período em que além de continuidade longitudinal das iniciativas, amplia-se a formação proposta aos técnicos de nível médio, trabalhadores, e usuários da rede de atenção. Posteriormente, elaboramos um “mapa nacional” que mantém sua legenda fidedigna às informações

encontradas nos relatórios, mas salientamos que a apresentação imagética se propõe apenas a proporcionar uma ilustração da abrangência e itinerância das iniciativas encontradas. A ideia foi representar por marcações específicas apenas as iniciativas territoriais (núcleos de localização específica e as Residências) e, através de linhas, o que consideramos como formações mais circulares, visto que qualificaram um número expressivo de profissionais, que podem multiplicar-se em seus locais de atuação ou deslocar-se, carregando e trocando experiências pelo território nacional.

### **Considerações Finais**

O que não se poderá dizer é que a Luta Antimanicomial, a Atenção Psicossocial ou a Saúde Mental Coletiva se inseriram no Brasil sem estudo, formação e educação universitária; sem retaguarda à rede ou aos trabalhadores do cotidiano; sem revisão de literatura ou sem produção intelectual; sem mobilização de docentes, pesquisadores e estudantes ou sem um projeto educativo de suporte, superação e composição de coletivos de aprendizagem ou comunidades de prática. A leitura de relatórios, à guisa de inventário, permitiu constatar que no período de 2001 a 2016, a partir do marco da Lei da Reforma Psiquiátrica, já no curso da Reforma Sanitária, um conjunto de iniciativas instaurou a educação em saúde mental acoplada à gestão da atenção, promovendo competências intelectuais e habilidades interprofissionais ao fazer cotidiano em saúde mental longe de

qualquer espontaneísmo das práticas ou abandono do usuário ao saber leigo ou pouco técnico. A análise dos documentos, conduzida sob a forma de inventário, abriu potencial de análises futuras e aprofundamento de compreensões. O inventário nos apresentou muitas ações de formação que nasceram dos processos participativos de gestão e avaliação, envolvendo profissionais, pesquisadores, estudantes, usuários de serviços de saúde mental, familiares e movimentos sociais.

Verificamos uma política de saúde mental que protagonizou a Reforma Psiquiátrica costurada com a Reforma Sanitária, produzindo não somente uma rede singular de atenção, como também formação e desenvolvimento como dispositivo transformador do paradigma assistencial biomédico. Sabemos que uma informação organizada e sistematizada de caráter mais denso e detalhado aportaria maior e melhor conhecimento e discussão, mas acreditamos, que foi possível ensejar um contexto de educação em saúde mental em busca do mais elevado saber técnico-científico e do compromisso ético com a saúde mental coletiva, abrangente da especialização de trabalhadores de formação universitária e aperfeiçoamento de trabalhadores de nível médio, da interferência na formação básica de graduação e na rede de escolas técnicas do SUS. A educação permanente em saúde foi singularizada e evidenciada pelos projetos Engrenagens, Percursos Formativos, Escolas de Supervisores e Escolas de Redutores de Danos. Inventariamos que há educação em saúde

mental possível e ainda há reforma psiquiátrica a implementar. O volume de ações inventariadas sugere que se estude a dimensão de seus efeitos ou resultados, assim como a abrangência de suas tarefas no compromisso longitudinal da qualificação da atenção em saúde mental. À guisa de inventário, não tínhamos o interesse objetivo de esgotar esse tópico, mas encontramos a presença de um projeto político disparador de ações e reflexões que se colocavam a serviço de uma ética em saúde mental e do conhecimento técnico. Apresentamos visualmente um histórico das iniciativas a fim de ilustrar a educação em saúde mental, uma vez que se tornou evidente a ampliação de iniciativas, tanto em quantidade, quanto em diversidade e abrangência.

Considerado nosso inventário, podemos dizer da verificação de responsabilidade com a competência técnica e um esforço pela elevação do compromisso ético com a implementação de uma política antimanicomial, também verificamos o entrelaçamento da saúde mental com a atenção básica na construção de uma rede de atenção psicossocial e da saúde mental coletiva. A atenção psicossocial representa o paradigma contemporâneo que substitui as abordagens biomédica e neuropsiquiátrica no tocante ao cuidado em saúde mental e, por meio da educação e formação, configura contingente estratégico na evidência de um propósito ético, técnico e político no cuidado em saúde mental, em liberdade. Se um inventário contribui ao agir informado,

destacamos dois “arquivos”: gestores interessados no trabalho orientado pela luta antimanicomial têm exemplos da ação formativa correspondente; uma política de

construção de conceitos e práticas de atenção psicossocial é capaz de armar redes formativas e de desenvolvimento do trabalho com a interface da educação em saúde mental.

## Referências

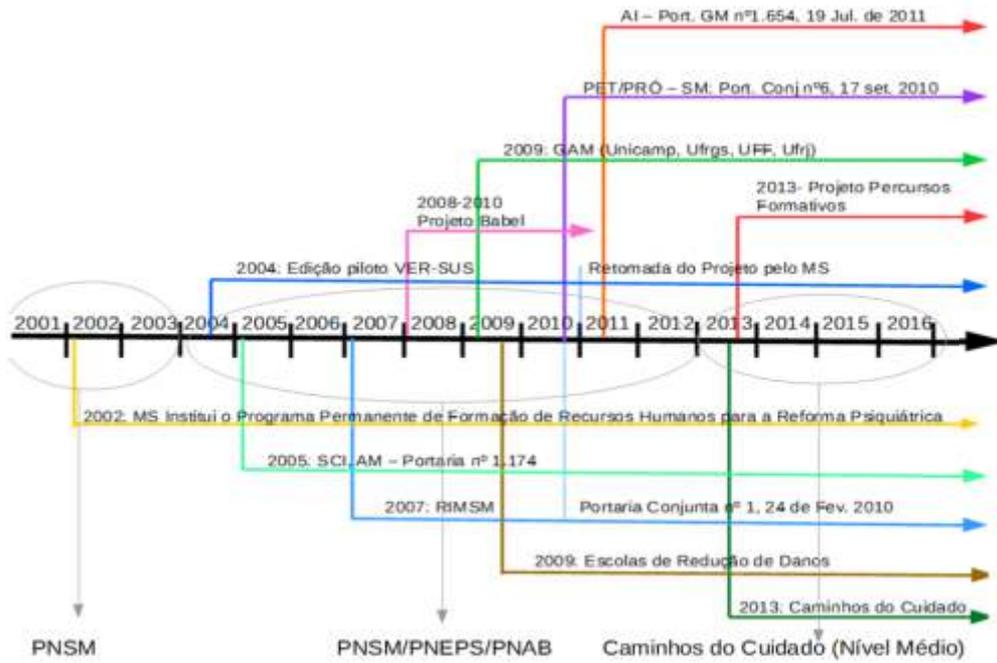
- <sup>1</sup>CECCIM R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO R; MATTOS R.A, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004, p. 259-278.
- <sup>2</sup>AYRES J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e sociedade. 2009, v. 18, n. supl. 2, p. 11-23.
- <sup>3</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Série Pactos Pela Saúde 2006, v. 4. Brasília, 2006.
- <sup>4</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.
- <sup>5</sup>BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
- <sup>6</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoa com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.
- <sup>7</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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, 2004.
- <sup>8</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2007.
- <sup>9</sup>CECCIM R.B. Residência em Saúde Mental: interface da Luta Antimanicomial. In: PAULON S; FAGUNDES S, organizadores. 25 anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Alergs, 2018. (no prelo)
- <sup>10</sup>FAGUNDES S. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. In: CAMPOS F.B; LANCETTI A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica – SaúdeLoucura – n. 9. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 203-231.
- <sup>11</sup>FAGUNDES S. Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA Jr. B; AMARANTE P, organizadores. Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 57-68.
- <sup>12</sup>CECCIM R.B; CARVALHO-DA-SILVA M.C. Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade. Saúde em Redes. 2015, v. 1, n. 3, p. 7-19.
- <sup>13</sup>FLORES C.R; WAGNER D.R. Um mapa e um inventário da pesquisa brasileira sobre arte e educação matemática. Educação Matemática e Pesquisa. 2014, v. 16, n. 1, p. 243-258.
- <sup>14</sup>PRADO G.V.T; MORAIS J.F.S. Inventário: organizando os achados de uma pesquisa. EntreVer. 2011, v. 1, n. 1, p. 137-154.
- <sup>15</sup>CABALLERO R.M.S. Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento. 2015. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2015.
- <sup>16</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: MS, 2016.
- <sup>17</sup>BRASIL. Portaria Conjunta nº 1, 24 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, e dá outras providências, Brasília/DF, 2010a.

- <sup>18</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: MS, 2011.
- <sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 6, 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde/Saúde Mental, Brasília: 2010.
- <sup>20</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: MS, 2007.
- <sup>21</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – 2015-março/2016. Brasília: MS, 2016.
- <sup>22</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: MS, 2002.
- <sup>23</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Fundação Osvaldo Cruz. Projeto Caminhos do Cuidado: formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem da saúde da família – em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS/GHC/FIOCRUZ, 2013.
- <sup>24</sup> FERLA A.A; DALL'ALBA R; ANDRES B; LEAL M.B; BARNART F; ASSIMOS R; MONTENEGRO C; TREPTE R.F; DENARDIN N; ALBERTI G.F. Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2013, n. 7, n. 4.
- <sup>25</sup> FIGUEIREDO A.S et al. VER-SUS como um colaborador para a saúde mental: relato de experiência. In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017. Anais... Fortaleza (CE) DeVry Brasil - Damásio - IBMEC, 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/44571-ver-sus-como-um-colaborador-para-a-saude-mental--relato-de-experiencia>>. Acesso em: 04/07/2017.
- <sup>26</sup> FORTES S; TÓFOLI F; GOLDFARB E. Capacitando equipes interdisciplinares para o cuidado integrado de saúde mental na atenção primária: o curso de Babel no Rio de Janeiro. In: Comunidade de Práticas, Relato de Experiência, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<https://cursos.atencaoobasica.org.br/relato/5611>> Acesso em 03.05.2017
- <sup>27</sup> MELO J.J; SCHAEPPPI P.B; SOARES G; PASSOS E. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: MS, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5).
- <sup>28</sup> NASCIMENTO M.L. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. Physis. 2012, v. 22, n. 1, p. 275-290.
- <sup>29</sup> ONOCKO-CAMPOS R.T; PASSOS E; PALOMBINI A.L; SANTOS D.V.D; STEFANELO S; GONÇALVES L.L.M; ANDRADE P.M; BORGES L.R. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva. 2013, v. 18, n. 10, p. 2889-2898.
- <sup>30</sup> PALOMBINI A.L. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. Fractal. 2009, v. 21, n. 2, p. 295-318.
- <sup>31</sup> BRANDALISE F; ROSA G.L. “Velhas estradas, caminho novo”: acompanhamento terapêutico no contexto da reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009, v. 1, n. 1.
- <sup>32</sup> PINTO H.A; FERLA A.A; CECCIM R.B; RAMOS A.F; MATOS I.B; BARBOSA M.G; STÉDILE N.L.R; ZORTEA A.P. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Divulgação em Saúde para Debate. 2014, v. 51, p. 145-160.
- <sup>33</sup> MARCOLINO T.Q; LOURENÇO G.F; REALI A.M.M.R. “Isso eu levo para a vida”: aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de práticas. Interface – comunicação, saúde, educação. 2017, v. 21, n. 61, p. 411-420.

**Submissão: 02/07/2017**

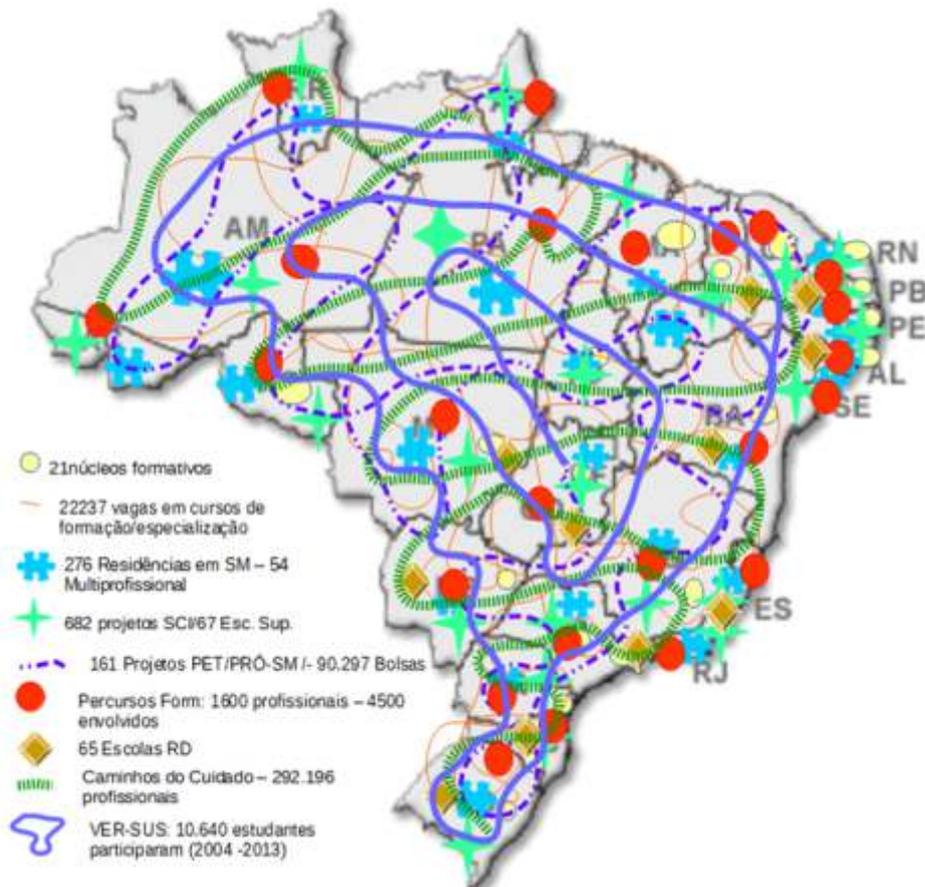
**Aceite: 28/08/2017**

Figura 1



Fonte: Autores, 2017.

Figura 2



Fonte: Autores, 2017.