

# CAMINHOS DO CUIDADO: FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Care Pathways: formation in mental health in primary care*

Odete Messa Torres<sup>1</sup>

Renata Pekelman<sup>2</sup>

Angélica Bomm<sup>3</sup>

Giulia Caruline Lima Costa<sup>4</sup>

Andréia Silveira de Souza<sup>5</sup>

Karina da Rosa Rosa<sup>6</sup>

Luis Carlos Nunes Vieira de Vieira<sup>7</sup>

Juliana de Bittencourt Escobar<sup>8</sup>

---

Artigo encaminhado: 30/03/2015

Aceito para publicação: 04/04/2016

## RESUMO

Apresenta o Projeto Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATEnf) da atenção básica. O Projeto insere-se no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – “Crack é Possível Vencer” – articulado pela Casa Civil e monitorado pelo Ministério da Justiça, sob responsabilidade do Ministério da Saúde em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, Rede Colaborativa de Governo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Fundação Osvaldo Cruz. Tem como meta a formação de 290.197 ACSs e ATEnfs. Propõe-se a promover espaços de Educação Permanente, através de atividades presenciais, e de Educação à Distância através do uso de material pedagógico produzido pela equipe nacional, para tutores e alunos, usando metodologias ativas de ensino-aprendizagem em oficinas de formação de orientadores e tutores nas cinco regiões do país, em todos os 27 estados e Distrito Federal. Possui nacionalmente as Coordenações Executiva, Pedagógica, Acadêmica, de Infra-logística e

---

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Ciências da Saúde (UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva (UFBA). Especialista em Ativação Processos de Mudança na Formação Superior pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Professora Adjunta do Curso de Medicina e Coordenadora do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana. Coordenação Pedagógica Projeto Caminhos do Cuidado. odetetorres@gmail.com

<sup>2</sup> Médica pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Mestre em Educação (UFRGS). Residência em Medicina Geral Comunitária (Hospital N. S. Conceição). Especialista em Medicina do Trabalho (UFRGS). Especialista em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde (UFRGS). Grupo Hospitalar Conceição. renatapek@gmail.com

<sup>3</sup> Psicóloga (URI). Núcleo Pedagógico do Projeto Caminhos do Cuidado. angebomm@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Farmacêutica (UFRGS). Especialista em Saúde da Família. giuclcosta@hotmail.com

<sup>5</sup> Educadora Física (UFRGS). Especialista em Fisiologia do Exercício (UFRGS). Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP/RS). andrea\_souza82@yahoo.com

<sup>6</sup> Assistente Social (PUC). Residência Integrada em Saúde (GHC). ninasirangelo@hotmail.com

<sup>7</sup> Fisioterapeuta (UCPEL). Mestre em Psicologia Social e Institucional. luiscfisio@yahoo.com.br

<sup>8</sup> Psicóloga (UFRGS). Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade (GHC). Mestranda do Programa de Psicologia Social e Institucional (UFRGS). ju\_escobar@yahoo.com.br

de Comunicação, assim como Equipes de Coordenação Macrorregionais, Acadêmica, de Comunicação, Educadores e Apoios Pedagógicos. Cada estado possui uma Coordenação Estadual e Apoios Estaduais, articulados em colegiados, com Secretarias Estaduais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas do SUS e Secretarias Municipais de Saúde, que permitem a realização de turmas e a participação de seus servidores. Em um ano e meio de execução, o Projeto já atingiu 90% de sua meta, potencializou o debate da saúde mental na atenção básica, fortalecendo as Redes de Atenção Psicossociais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Básica. Redução de Danos. Educação Permanente em Saúde.

## **ABSTRACT**

Displays the Care Pathways Project: mental health formation (crack, alcohol and other drugs) for community health workers (CHWs), nursing assistants and technicians (ATENf) of primary care. The project is part of the Integrated Plan to Combat Crack and Other Drugs - "Crack is Possible Winning" - articulated by the Civil House and monitored by the Ministry of Justice, under the Ministry of Health responsibility in partnership with the hospital group Conceição, Collaborative Network Government of the Federal University of Rio Grande do Sul and Osvaldo Cruz Foundation. Its goal is the formation of 290,197 CHWs and ATENfs. It is proposed to promote spaces of Continuing Education through presencias activities, and distance education through the use of teaching materials produced by the national team, for tutors and students, using active methods of teaching and learning in mentor training workshops and tutors in the five regions of the country, in all 27 states and the Federal District. Has nationally the Executive Coordination, Educational, Academic, Infrastructure logistics and communication, as well as macro-regional Coordination Teams, Academic, Communication, Educators and Pedagogical Support. Each state has a State and State Support Coordination, articulated in collegiate, with State Departments of Health, Public Health Schools, Technical Schools of SUS and Municipal Health Department, which allow the realization of classes and the participation of its servers. In a year and a half of implementation, the project has reached 90% of its goal, potentiated the discussion of mental health in primary care, strengthening the Psychosocial Care Networks.

**Keywords:** Mental health. Primary Care. Harm Reduction. Continuing Health Education.

# **1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CAMINHOS PERCORRIDOS E CAMINHOS A PERCORRER**

## **1.1 Do Manicômio às Redes de Atenção em Saúde: longa caminhada!**

A saúde mental, assim como toda a lógica do cuidado em saúde, vem se modificando ao longo de nossa história. Destarte, é interessante que possamos reconhecer e identificar que caminhos foram percorridos, distinguindo os modelos existentes, afim de que possamos ampliar nosso olhar para o cuidado para/com o usuário de saúde e vislumbrar novos horizontes a percorrer.

No Brasil, o histórico da saúde mental inicia-se em meados do século XIX, onde foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no país. Conforme Tundis e Costa (2001) após a abertura dos hospitais psiquiátricos, pode-se observar que em pouco tempo estas instituições encontravam-se repletas de pessoas consideradas “doentes mentais”. Estes espaços passam a ser conhecidos como manicômio, local de abandono e exclusão de pessoas excluídas das classes sociais aceitas na sociedade.

O manicômio, ou modelo asilar, existente desde o século XIX, perdurou por séculos, excluindo pessoas do convívio social, capturadas pela instituição e suas regras. Para Yasui e Costa-Rosa (2008), este modelo centra-se na doença, não potencializando relações de vida e autonomia para o indivíduo, o que faz com que este não tenha participação alguma em seu tratamento ou qualquer decisão sobre seu corpo. Para Foucault (1975), a ida de sujeitos com doenças mentais aos manicômios ocasionava exclusão social, considerada uma espécie de castigo, onde estes eram punidos por não se adequarem as exigências sociais e familiares, ficando clara a interligação da loucura com aspectos de negativismo e reclusão.

A ruptura com este modelo estigmatizante e excludente é objeto de luta do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. No Brasil este movimento caminha desde a década de 70, quando profissionais, usuários e familiares se organizam para transformar o modelo manicomial. Amarante (1995) considera que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), por se tratar de um processo de mudança, ainda possui muitos caminhos a percorrer.

O modelo de atenção em saúde proposto pela RPB contrapõe-se ao descaso no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Tem o intuito de descentralizar o cuidado,

trazendo um olhar que dialogue com a multiplicidade de saberes em saúde e que converse com o usuário, protagonista de seu projeto terapêutico.

O cuidado com o usuário de saúde mental, amparado pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), nasce de um movimento de lutas sociais pela sua regulamentação, estendendo-se por 12 anos, até sua aprovação. A RPB, além de vedar a internação psiquiátrica em instituições com características asilares, cria dispositivos de cuidado em território, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas Terapêuticas, Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios, Hospital-Dia, Hospitais Gerais, Atendimento em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e de Lazer (BRASIL, 2004).

Dessa forma, para que o sujeito seja atendido em seu território, e tenha os cuidados necessários às suas demandas de saúde, é preciso que estes serviços – dispositivos de cuidado – dialoguem com a Atenção Básica e olhem para os usuários em conjunto, como indivíduos de seu território com os quais devem se co-responsabilizar. Na contramão desta abordagem, temos uma tendência histórica de classificar o cuidado pela oferta de especialidades em saúde, reduzindo as demandas de atenção em saúde aos problemas de saúde. Nesta perspectiva, reducionista, o cuidado ao sofrimento psíquico só pode ser atendido por especialistas ou em serviços de saúde especializados, o que o distancia da lógica da integralidade, princípio estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É neste eixo, da integralidade da atenção ao usuário da saúde mental, na perspectiva do cuidado em rede e no território, que o projeto Caminhos do Cuidado convoca a pensar o cuidado para além dos especialismos. Através de processos de Educação Permanente, busca identificar e ampliar as ferramentas do cuidado em saúde mental dos trabalhadores da rede de saúde, empoderando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENf). São estes trabalhadores de saúde, na maioria das vezes, os primeiros a acolherem usuário que buscam acesso ao SUS ou que são acessados por este em seus domicílios.

Entre as atribuições dos ACS estão o contato permanente com as famílias, desenvolvimento de ações educativas, acompanhamento de ações e programas de saúde no território, as visitas domiciliares, e outros. Entre as atribuições dos ATENf estão realizar ações de educação em saúde, planejar e desenvolver atividades de Educação Permanente, e outras. Além das atribuições específicas, os trabalhadores da AB possuem atribuições comuns no que diz respeito ao cuidado no território realizado pela equipe de saúde da qual integra (BRASIL, 2011).

Segundo Queirós e Lima (2012), os profissionais que atuam na AB são atores estratégicos na promoção da saúde no território, incluindo aqueles que necessitam de atenção em saúde mental:

A produção de cuidado proposta num contexto social tão complexo como o comunitário suscita a necessidade de recrutar trabalhadores com domínio de saberes e práticas diferentes das produzidas pelas instituições de educação que formam para o setor saúde. É fundamental que o ACS consiga desenvolver estratégias que partam da concepção e da práxis popular. Neste sentido, é relevante a análise sobre o ACS, partindo do pressuposto de que ele é, dentro do campo da saúde, um trabalhador estratégico para o estudo das novas morfologias do trabalho em serviço e das mediações dessa categoria diante das lutas sociais (QUEIRÓS e LIMA, 2012, p. 260).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) se coloca em rede, como o conjunto de serviços de saúde de maior proximidade à vida dos sujeitos, tendo a possibilidade de conhecer e reconhecer com mais facilidade as questões de saúde que afligem uma certa comunidade. A AB tem a capacidade de acolher os usuários no território agindo como porta de entrada na rede de serviços de saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações que abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012, p. 21).

Os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) - arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado - orientam-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Neste sentido, a AB, componente essencial da RAS, propõe-se a ser base, ser resolutiva, ser ordenadora da rede e coordenar o cuidado, indo ao encontro da proposta de inserção das ações de saúde mental a partir dos cuidados da rede de AB, atuando na coordenação do cuidado em articulação com outros dispositivos da rede (BRASIL, 2011).

A abordagem da redução de danos na atenção básica é um dispositivo de cuidado e se caracteriza como uma das ações da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012) – na abordagem aos diversos agravos e condições de saúde, entre eles o uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. “Atuar em uma perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa” (BRASIL, 2013b, p.60).

Além do cuidado ao usuário, o trabalhador que utiliza a ferramenta da redução de danos necessita lidar com seus próprios preconceitos e com o que a sociedade impõe como padrões de saúde.

É necessário trabalhar o estigma que a população, os trabalhadores de Saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre esta condição, de maneira a superar as barreiras que agravam a sua vulnerabilidade e marginalidade e dificultam a busca de tratamento. Lidar com os próprios preconceitos e juízos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda por esse motivo (BRASIL, 2013b, p. 60).

A terapêutica do cuidado em saúde mental pode acontecer de variadas formas a depender da abordagem terapêutica adotada pelos profissionais que acolhem os sujeitos e da rede de atenção psicossocial (RAP) responsáveis pela integralidade e resolutividade da atenção em saúde. Neste texto, serão objetos de análise ações e dispositivos terapêuticos de cuidado em saúde mental e psicossocial desenvolvidos através da formação dos profissionais da saúde pelo Projeto Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENf) da atenção básica.

## **1.2 Políticas de Saúde para Usuários de Crack e Outras Drogas**

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - Programa “Crack é Possível Vencer!”, foi lançado em dezembro de 2011 e objetiva ampliar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas, dividido em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade (BRASIL, 2015a; 2015b). O programa propõe a articulação entre estados, municípios e sociedade civil e respalda-se pela Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Esta lei, em uma perspectiva de intervenção integrada, inclui ações de promoção da saúde e prevenção ao uso de crack, álcool e outras drogas, ampliando a oferta de serviços de atendimento bem como ações de enfrentamento ao tráfico (BRASIL, 2015c).

O Projeto Caminhos do Cuidado insere-se no eixo do Cuidado do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – “Crack é Possível Vencer” – articulado pela Casa Civil e monitorado pelo Ministério da Justiça, sob responsabilidade do Ministério da Saúde em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, Rede Colaborativa de Governo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Fundação Osvaldo Cruz. Tem como meta

a formação de 290.197 agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem em todo o território nacional (BRASIL, 2015d).

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) é a base para a proposta do Projeto. Aponta para a necessidade de reversão dos modelos de atenção em saúde, que excluem sujeitos que necessitam de cuidados, o que implica em disposição à identificação e o atendimento as necessidades de saúde da população de forma equânime, com ações voltadas as pessoas que consomem drogas.

A relação entre o uso prejudicial de drogas e os agravos sociais que dele podem decorrem, ou são potencializados, apontam para uma preocupação dos gestores com um “problema de saúde pública”:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro (BRASIL, 2003, p. 5).

Diferente do que os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) trazem sobre o consumo de drogas habitar todas as classes sociais, as políticas que se dão pela via do enfrentamento, acabam por operar sobre as populações de rua, em sua maioria, pobres e negros, aumentando a criminalização e estigma sobre o usuário. Políticas voltadas para o enfrentamento, ou combate às drogas, na lógica de punição, criminalização e marginalização reforçam na sociedade os princípios de exclusão e isolamento social enfrentados pelos usuários de crack, álcool e outras drogas e ofertam modelos de atenção que objetivam alcançar a abstinência como única alternativa de oferta de cuidado. Este modelo de atenção reproduz o isolamento, afasta o usuário dos serviços de saúde e perpetua o cuidado prescritivo e punitivo de profissionais de saúde para com usuários de drogas.

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2003, p. 8).

Merhy (2004) em seu texto “Cuidado com o Cuidado em Saúde” aponta para uma preocupação aqueles que produzem o cuidado: nem todo o cuidado é mesmo cuidado. Alguns processos de encontros, no cuidado em saúde, promovem a interdição de sujeitos e territórios através de dominação, exclusão e eliminação.

Nesta micropolítica dos encontros territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde territórios e sujeitos interdita outros territórios e sujeitos. Os encontros explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador (MERHY, 2004, p. 2).

A produção de saúde deve estar necessariamente implicada com a produção de vida. Na relação que se estabelece entre o usuário e o trabalhador de saúde o cuidado pode ser entendido como “um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro” (MERHY, 2004, p. 5).

Não basta ser um ato de saúde produtor de cuidado, para estar necessariamente implicado com os processos terapêuticos construtores de mais vida, apesar deste poder ser uma consequência quase que “natural”, no senso comum, dos atos cuidadores. Pois, há modelos de organização tecno-assistencial, da produção dos atos cuidadores, que podem não ter nada a ver com a finalidade de construção da recuperação do viver, como seu eixo central, passando este a ser produzida por mero acaso (MERHY, 2004, p. 6-7).

De que atos de saúde falamos quando tratamos do tema “uso prejudicial de drogas”? Como são ofertadas as ações e serviços de saúde para com o usuário? Que condições são a estes impostas para suas permanências junto aos serviços? Como são construídos os projetos terapêuticos singulares (PTS) para a promoção do cuidado integral em saúde? Estes e outros questionamentos nos fazem refletir o quão distantes estamos de práticas cuidadoras libertárias nos espaços de atenção psicossocial.

O fato do ato de saúde produzir ou não “saúde”, deve levar em conta a sua finalidade e o próprio entendimento do que isso significa, e os modos como os sujeitos dos encontros, neste trabalho, operam sobre interdições e viveres (MERHY, 2004, p. 7).

Compreender a “saúde como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida; o que traduzo também como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam vida e como tal produzem-na” (MERHY, 2004, p. 7). Neste conceito de saúde, proposto por Emerson a vida e o caminhar a vida se intercessam na geração de redes de cuidado. Utilizamos seu conceito para justificar o caminhar a vida, o cuidar a vida, o que aqui queremos compartilhar como uma experiência de prática cuidadora da natureza terapêutica do cuidado que se propõe com o Projeto Caminhos do Cuidado (CC), na formação de trabalhadores da saúde, acessados na atenção básica para intercessar a rede de atenção psicossocial.

o ato cuidador é um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo relacional entre o mundo das necessidades/direitos com o do agir tecnológico. Neste jogo, o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, que lhe permite recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Colocando, neste processo, o seu mais importante valor de uso: a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde e como potência de gerar mais vida (MERHY, 2004, p. 8).

O que inova na proposta do CC consiste na aposta ao trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS) e pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENf) da atenção básica na compreensão do cuidado em saúde mental com foco as necessidades de saúde de pessoas que fazem uso prejudicial de substância psicoativas - crack, álcool e outras drogas. A capacidade e potencialidades de intervenção destes trabalhadores necessita ser discutida com base nos princípios e diretrizes do SUS, com aporte da Política Nacional de Saúde Mental e da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O propósito do curso consiste em desmistificar a relação dos serviços de saúde e de seus trabalhadores com os usuários, de forma a compreender suas necessidades de saúde, possibilitar escuta e acolhimento, promover autonomia e alteridade. Olhar para o cuidado que se propõe e preocupar-se se o mesmo produz vida, é observar o “cuidado com o cuidado”.

O conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, considerados como capazes de intervir no mundo das necessidades de saúde, representado em grande parte como “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de certos resultados obtidos pela sua capacidade de gerar certas satisfações no usuário final. No senso comum, supomos que este processo permite a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta formas de se construir e qualificar o viver, e muito menos ganhos de graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida gerando mais vida, que é o que entendo como saúde, em última instância (MERHY, 2004, p. 12).

Que cuidado temos com internações compulsórias? Qual a promoção de vida quando os indivíduos são destituídos de seus valores, de suas famílias e do convívio social? Será que a exclusão e a abstinência são as únicas formas de cuidado com usuários de crack, álcool e outras drogas? Que outros desenhos produzem cuidado? São estes e outros questionamentos que o CC busca responder, através da construção coletiva entre usuários, trabalhadores, gestores e serviços de saúde. São outros caminhos, outros cuidados que contemplem o acesso do usuário e possibilitem a integralidade em saúde.

Outras formas de produzir cuidado, e com estas outras possibilidades e qualidade de vida necessitam perpassar os profissionais, serviços e instituições de saúde, sob pena de não garantia, aos usuários que sofrem por agravos de saúde decorrentes do consumo

de álcool e outras drogas, à universalidade de acesso aos serviços e ao direito à saúde. Estes garantidos sobre os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a integralidade da atenção, a descentralização e regionalização da atenção, com territorialização e estruturação dos serviços próximos aos seus usuários, através de redes de atenção equânimes e democráticas, que ajustam suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003).

Torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003, p. 6).

Dentre as variadas formas de se produzir cuidado a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas privilegia ações voltadas para as singularidades, como a redução de danos. Propõe que sejam traçadas estratégias junto aos usuários, não para sua abstinência, mas para a defesa da vida. Oferece um método que não exclui outras alternativas de cuidado. Método este que está voltado para o cuidado que amplia o grau de liberdade e co-responsabilidade dos sujeitos em tratamento. Implica ainda no estabelecimento de vínculo profissional e na co-responsabilidade também deste com o cuidado do indivíduo e daqueles que com este se relacionam (BRASIL, 2003).

Trata-se de uma abordagem clínico-política devendo se dar através de ações no território, na construção de redes de apoio que busquem articular os lugares onde circulam os usuários com equipamentos de saúde flexíveis, abertos, ligados a outros pontos da rede de saúde, de educação, de trabalho, de promoção social. Significa ampliar a noção de rede, tecendo realmente caminhos que levem ao cuidado.

### **1.3 Os Caminhos do Cuidado...**

O Projeto Caminhos do Cuidado tem como objetivo a Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família – em Saúde Mental, ênfase em Crack, Álcool e outras Drogas com a finalidade de qualificar a atenção e o cuidado de usuários e seus familiares na Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

O Projeto vem sendo desenvolvido desde 2013 e insere-se no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – “Crack é Possível Vencer” – articulado pela Casa Civil e monitorado pelo Ministério da Justiça, sob responsabilidade do Ministério da Saúde em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, Rede Colaborativa de Governo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Fundação Osvaldo Cruz. Tem como meta a formação de 290.197 ACSs e ATEnfs, buscando ampliar as ferramentas destes profissionais para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, com ênfase nas relações de uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. A formação também se estende para os demais profissionais da rede de saúde, através da formação de orientadores e tutores de aprendizagem, em sua maioria trabalhadores da atenção básica e saúde mental, com graduação em saúde e cursos de especialização, requisitos mínimos para exercer as atividades de orientação de aprendizagem e tutoria.

A discussão e formação no CC articula-se com a política de saúde mental vigente, buscando a apropriação e continuidade dos movimentos da RPB, dando ênfase a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da produção de cuidado em território, garantia de direitos e cidadania de usuários de crack, álcool e outras drogas. Para que esta ação seja efetiva, o projeto buscou, através deste processo de formação, fomentar a discussão dos atores da rede, identificando e ampliando as ferramentas e o papel dos ACSs e ATEnfs, que circulam pelos espaços de saúde e territórios de abrangência, sendo estes atores, também, em sua grande maioria, moradores destas comunidades.

O projeto resgata este vínculo, entre trabalhadores/usuários, trabalhadores/comunidade, trabalhadores/equipe, para que estes promovam discussões e transformações na lógica do cuidado com os usuários de saúde que fazem uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. Este, é também um processo contínuo de Educação Permanente, na medida em que promove diálogos e discussão de casos, entre equipes afetando e transformando a produção de cuidado.

## **2 OBJETIVOS**

- Apresentar o Projeto Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATEnf) em todo o território nacional.
- Descrever as principais concepções e abordagem pedagógica que orientam o material didático-pedagógico, as formações e as atividades de acompanhamento à distância e presenciais do projeto.
- Difundir esta experiência e compartilhar seus resultados preliminares.

## **3 NOSSA METODOLOGIA: COMO CAMINHAM... OS CAMINHOS DO CUIDADO**

O projeto Caminhos do Cuidado, articulado pela Casa Civil e sob responsabilidade do Ministério da Justiça, compõe o Eixo do Cuidado do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - “Crack é Possível Vencer”, e tem como base a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com duas instituições de educação em saúde: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro e Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015d). As instituições do SUS, tanto estaduais quanto municipais, como as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e Escolas de Saúde Pública (ESP), são responsáveis pela coordenação do projeto em cada um dos estados da federação, articulando com os municípios, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), áreas de saúde mental e atenção básica de cada ente federativo, assim como com atores e instituições representativos da sociedade (BRASIL, 2013a). Para tanto, foram constituídos Colegiados de Gestão, compostos por: Coordenações Estaduais, Apoios Estaduais (Macrorregionais), Coordenação de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, COSEMS, entre outros atores.

O projeto é concebido no ano de 2012. Os primeiros encontros ocorreram em meados de 2012, quando “os membros da Coordenação do Projeto (executiva, planejamento, infraestrutura, grupo condutor, macrorregiões, acadêmica, pedagógica e comunicação social) se reuniram em uma oficina de trabalho” (BRASIL, 2015d, s.d.). Esta

oficina possibilitou a discussão da estrutura organizacional, do cronograma de trabalho, do plano de curso, da definição dos objetivos e das metas. Posteriormente, o material didático (cadernos de tutor, caderno do aluno, textos, vídeos e outros) foi elaborado pela Coordenação Pedagógica. A Coordenação Pedagógica, que no projeto inicial era formada pelos coordenadores, educadores e consultores, ampliou-se e passou a contar com a participação de apoiadores pedagógicos, compondo a Equipe Pedagógica Nacional do projeto. O material institucional foi validado por ACSs e ATEnfs, que opinaram e colaboraram (BRASIL, 2015d).

As primeiras oficinas de formação de Orientadores ocorreram em outubro de 2013 em seis estados considerados prioritários: Acre, São Paulo, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Em um primeiro momento foi estabelecida a meta de formação de 80 orientadores e 1.200 tutores de aprendizagem. Posteriormente, ocorreu a composição dos demais membros da Equipe Pedagógica Nacional, num total de 10 educadores, 10 apoiadores pedagógicos e 2 coordenadores. A primeira oficina de orientadores de aprendizagem aconteceu em Brasília, durante três dias. Foram qualificados 21 profissionais e destes, selecionados 12 orientadores. Após essa oficina se seguiram outras destinadas à formação e seleção de orientadores e tutores, realizadas em Recife, Curitiba e São Paulo (BRASIL, 2015d). Todos estes dados estão disponíveis para análise no sítio do projeto (BRASIL, 2015d).

Os processos de formação e seleção de orientadores e tutores foram construídos em conjunto entre as coordenações nacionais e estaduais do Projeto, através de Editais Públicos de seleção, também chamados de Termos de Referência (TRs). Os orientadores são responsáveis pela formação presencial dos tutores, juntamente com a Equipe Pedagógica Nacional, que passa a ser denominada de Núcleo Pedagógico, e pelo acompanhamento à distância dos mesmos, através das Comunidades de Práticas (CDPs), modalidade de Educação à Distância (EAD). Os orientadores de aprendizagem são profissionais de nível superior com pós-graduação em áreas como Saúde Mental, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Atenção Básica, Educação ou Ciências Sociais. Para integrar o projeto eles participaram de processo seletivo e de uma oficina de formação

pedagógica na modalidade presencial, com carga horária de 24 horas (BRASIL, 2015d), e participaram de pelo menos uma oficina presencial de tutores.

Os Tutores, profissionais de saúde graduados com mínimo de um ano de experiência profissional, participaram de um curso de formação com carga horária de 120 horas sendo 40h presenciais, e com critério de seleção classificatória e eliminatória, e 84h em EAD, acompanhados pelo Orientador de Aprendizagem. Os tutores são responsáveis pelo acompanhamento dos ACSs e os ATEnfs, desenvolvendo presencialmente, em sala de aula, as temáticas do curso. Os ACSs e ATEnfs participam do curso de formação, com carga horária de 60 horas, sendo 2/3 do tempo desenvolvidos presencialmente e 1/3 em atividades de campo (BRASIL, 2015d).

São convidados a participar do curso ofertado pelo CC todos os ACSs e um (1) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem de cada Equipe de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, considerando a abrangência nacional tendo como meta a formação em 100% dos municípios brasileiros.

Após o lançamento do primeiro TR para a seleção de orientadores e tutores dos primeiros estados, teve início a formação dos ACSs e ATEnfs, sendo o primeiro edital publicado em agosto de 2013. O Projeto CC foi lançado, oficialmente, em 23 de outubro de 2013, em cerimônias simultâneas, nos estados pilotos do Acre, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Distrito Federal. Os ACSs e ATEnfs, tiveram uma aula inaugural com a presença de um técnico do Ministério da Saúde e assistiram a atrações culturais (BRASIL, 2015d).

A segunda etapa do projeto foi consolidada em dezembro de 2013 quando foram abertas seleções para orientadores e tutores nos estados de Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Tocantins, Minas Gerais, Goiás, Amapá, Bahia, Alagoas e Amazonas. A terceira fase do Projeto Caminhos do Cuidado foi iniciada em fevereiro de 2014 com a formação de orientadores e tutores dos Estados do Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima e Sergipe (BRASIL, 2015d).

Em 2014, o CC entra em processo de regionalização e descentralização de suas ações. Nesta fase destaca-se a participação da Rede de Escolas Técnicas do SUS –

RET-SUS, se organizam Equipes Matriciais (EM) Nacionais, formadas por: coordenação de macro regional, técnico do Ministério da Saúde (SGTES), Educador e Apoio Pedagógico. Esta equipe nasce com a finalidade de dar apoio aos estados, em especial às ações realizadas pelas ETSUS, para a organização das formações e acompanhamento das ações do projeto.

Ressalta-se que todos os materiais produzidos pelo CC são de domínio público e podem ser acessados no sítio do Projeto na internet: <http://www.caminhosdocuidado.org/>. Além de materiais este endereço eletrônico possibilita ainda a atualização de informações, a disponibilização de certificados e se constitui em importante veículo de comunicação.

### **3.1 O quanto caminhamos...**

Ao final de 2014, em seu primeiro Relatório, ainda parcial, os caminhantes Pinto e Ferla (2014) anunciavam:

Ao fim de 2014, comemoramos a travessia de uma grande parte do percurso do projeto Caminhos do Cuidado, que iniciou sua primeira etapa em outubro de 2013. Chegamos até aqui com uma execução de 78% da meta prevista, com a oferta de 6.102 turmas e de 226 mil vagas de um total de 290.197 agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem das equipes de Atenção Básica em todo o país (p. 17).

Este relatório é sensível em apresentar a “rota caminhada”, os “retratos do caminho” e as “falas do caminho” através de um panorama geral e colocando, para cada estado e Distrito Federal, os principais dados que marcam suas trajetórias no projeto (FIOCRUZ, 2014).

A dinâmica desta ação, frente ao tempo que transcorreu entre este primeiro relatório e as atualizações de dados nos aproximam de atingir a meta proposta quando da construção do projeto. Em 20 de março de 2015, próximo a finalização deste artigo, o Projeto CC divulga em seu sítio:

O projeto Caminhos do Cuidado já ofertou um total de 271.610 vagas para a formação em saúde mental, álcool, crack e outras drogas, e está prestes a alcançar a meta de 290.197 agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem formados. Os dados parciais foram contabilizados até o último dia 10 de março de 2015, e 11 estados e o Distrito Federal já finalizaram a formação. (...) Os estados do Acre, Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do

Outros dados sobre a execução do Projeto podem ser obtidos pela atualização sistemática do site, ou pelo Relatório parcial que conta a trajetória do Caminhos do Cuidado, considerando-o um dos projetos mais ousados de formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) no Brasil (BRASIL, 2015d; FIOCRUZ, 2014).

Cabe ressaltar, para esta análise, as marcas que a equipe pedagógica percebe ao longo dos encontros proporcionados pelos caminhos percorridos. Muitas foram (re)descobertas sobre seus papéis, enquanto trabalhadores que operam por um cuidado integral, em cada oficina realizada. Vários foram os profissionais da atenção básica que reconheceram suas fragilidades e preconceitos (estigmatização e marginalização) quanto ao usuário da saúde mental, possibilitando a abertura de novos caminhos para o cuidado ao usuário de crack, álcool e outras drogas. Tantos outros foram os profissionais da saúde mental que também reproduziram estes preconceitos, ou sinalizaram dificuldades em abordar estes usuários. Ainda, muitos aqueles que desconstruíram formas de atenção em saúde excludentes e punitivas, quer sejam vinculadas às convicções religiosas ou aos modelos de atenção hospitalares, quer aqueles que, dentro de serviços substitutivos reproduzem o manicômio, por ainda encontrarem-se subjetivados por esta lógica que por muito tempo operou sobre os corpos de pessoas com sofrimento mental, tolhendo a autonomia dos sujeitos.

Nos perguntamos quantos encontros foram proporcionados? Não falamos dos números que são quantificáveis, mas dos olhares que são trocados, das experiências que são relatadas, das virtualidades que são produzidas e possibilitam a mudança de paradigmas. Os encontros acontecem através de vários espaços, sejam nas formações presenciais, ou nos espaços de Educação Permanente do Projeto, como a Plataforma do EAD, que chamamos de Comunidades de Práticas (CDPs), que proporcionou encontros entre atores que buscam construir coletivamente este cuidado integral ao usuário. Muitos destes, não se conheciam, mas fortaleciam-se através do olhar e trocas sob a perspectiva de um outro cuidado possível. Este espaço também possibilitou que, mesmo sem a troca do olhar, encontrássemos-nos com o que o outro pensa (quando este se dispõe ao relato) e sobre este pensamento construímos novos olhares e ressignificamos práticas.

Quantas experiências poderão, no futuro, serem relatadas? Que desdobramentos este projeto possibilita nas terapêuticas do cuidado em saúde mental? Que articulações foram provocadas no encontro da saúde mental com a atenção básica? Como a redução de danos vem sendo utilizada como terapêutica de cuidado? Estes são alguns, dos

nossos muitos questionamentos. Buscar estas respostas é reconhecer a importância do Projeto Caminhos do Cuidado, em seus caminhos percorridos e em seus caminhos a percorrer.

#### **4 CONSIDERAÇÕES: Caminhos percorridos e a percorrer**

Apesar de preliminares os resultados do Projeto Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATEnf) apontam para uma iniciativa ousada, cujo objetivo se traduz na formação do contingente de ACS e parte de ATEnf das equipes da Estratégia de Saúde da Família nos 27 estados brasileiros e no Distrito Federal, totalizando aproximadamente 290 mil profissionais da área da saúde (entre ACS, ATEn, tutores e orientadores).

Além de ousado se trata de um projeto inovador que amplia a formação de profissionais da atenção básica para o tema da saúde mental, com ênfase ao crack, álcool e outras drogas. Provoca nestes profissionais as desconfortos necessárias para a ruptura com paradigmas vigentes que isolam, condenam e criminalizam o usuário de drogas. Nesta conjuntura, os usuários de drogas são tratados, sem que o termo tratar encontre identidade, com desrespeito aos seus direitos, com exclusão e estigmas sociais. O que frequentemente leva a prejuízos pessoais, familiares e profissionais, marginalizando, segregando e despontencializando a vida.

As discussões provocadas pelo CC proporcionam novos olhares sobre o tema das drogas, ampliam a caixa de ferramentas do cuidador em saúde, sinalizam alternativas e promovem o cuidado em rede, potencializando as teias de cuidado e fortalecendo os pontos da rede de atenção psicossocial. Acreditamos que as ações, desenvolvidas a partir das formações realizados pelo e com o CC, possibilitem aos profissionais da saúde a realização de intervenções terapêuticas, na medida que, através de um processo de educação permanente em saúde, se modificam as práticas de cuidado produzidas pelo trabalhador (ACS, ATEnfs e demais membros das equipes de saúde), que identificam novas tecnologias para seu trabalho e compreendem melhor as necessidades e suas respostas como práticas de saúde.

Não devemos esquecer que nem todo o cuidado é mesmo cuidado. Devemos atentar, portanto, ao cuidado com o cuidado. Às práticas excludentes e totalitárias. As ofertas em saúde desconectadas das necessidades de saúde dos usuários que fazem uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. As prescrições que depositam

expectativas dos profissionais sobre os sujeitos, assujeitados de suas vidas, para as quais os termos tratamento ou adesão ao tratamento não significam mudança e qualidade de vida, mas sim expectativa dos serviços e profissionais sobre seus corpos. Observar atentamente as necessidades de saúde dos usuários e ofertas dos serviços, requer autopoiese<sup>9</sup>, emancipação e sujeição [no sentido de criar protagonismo] para o caminhar pela vida, para que os caminhos sejam *Caminhos do Cuidado*.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1995, vol.11, n.3, pp. 491-494. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL. Palácio do Planalto. Presidência da República. *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas*. Brasília: Palácio do Planalto, 2015a. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>. Acesso em: 09 mar 2015.

BRASIL. Portal Brasil. *Programa Crack é Possível Vencer*. Brasília: Palácio do Planalto, 2015b. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/informacoes-do-programa>. Acesso em: 09 mar 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2015c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 09 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Caminhos do Cuidado: formação e saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnico de enfermagem*. Brasília: MS/FIOCRUZ/GHC, 2015d. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/nossa-historia/>. Acesso em: 09 mar 2015.

---

<sup>9</sup> A autopoiese é um movimento da vida produzindo vida - a micropolítica do encontro e do agir autopoietico. Entendo como encontro autopoietico, aquele no qual ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de n vidas, em mútuas produções. Esta palavra, autopoietico, pego emprestado da biologia, que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, porque expressa e significa uma imagem de que o caminhar de um vivo/vida se produz em vida, para manter-se como ameba. Ou seja, um movimento que tem que construir o sentido de um viver, senão a sua característica de ser vivo se extinguiria. Assim, tem a força de representar o movimento da vida que produz vida (MERHY, 2004, p. 2-3)

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 de enfermagem da saúde da família – em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS/GHC/FIOCRUZ, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental*: Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: 28 mar 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. *Portaria 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html](http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html). Acesso em: 28 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 09 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: MS, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso: 25 mar 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 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: PR, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 25 mar 2015.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde. *Caminhos do Cuidado*: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica: relatório 2014. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2014. Disponível: [http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/12/Relatorio\\_CdC\\_2014.pdf](http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/12/Relatorio_CdC_2014.pdf). Acesso em: 28 mar 2015.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: *Revista Trabalho Educação Saúde*, Rio de

Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out.2012. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 25 mar 2015.

MERHY, Emerson Elias. *Cuidado com o Cuidado em Saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida - O Ato de Cuidar é um Ato Paradoxal: pode aprisionar ou libertar - Ser Antimanicomial é, também, poder fazer uma aposta em cuidados autopoieticos*. Campinas, 2004. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>. Acesso em: 10 mar 2015.

PINTO, Hêider Aurélio; FERLA, Alcindo Antônio. Prefácio. In: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde *Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica: relatório 2014*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2014, p. 17-19. Disponível:  
[http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/12/Relatorio\\_CdC\\_2014.pdf](http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/12/Relatorio_CdC_2014.pdf). Acesso em: 28 mar 2015.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. Introdução: Cidadania, classes populares e doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 9-13.

YASUI, Silvio.; COSTA-ROSA, Abilio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate: revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*. v. 32, n. 78/79/80. Rio de Janeiro: 2008, p. 27-37.