

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Camila Coelho de Souza**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE: dispositivo para a atenção psicossocial na  
Estratégia Saúde da Família**

**Porto Alegre**

**2010**

**Camila Coelho de Souza**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE: dispositivo para a atenção psicossocial  
na Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do grau de Enfermeiro no Curso de  
Enfermagem da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

Orientadora: Profª Drª Agnes Olschowsky

**Porto Alegre**

**2010**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, por sua presença constante em minha vida, e por ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas, com as quais tenho a sorte de conviver.

À minha família, avós, tios, primos, mas em especial aos meus pais, José Carlos e Silvana, e à minha irmã, Natália, por todo carinho, amor e apoio ao longo da minha trajetória acadêmica.

À minha orientadora, Agnes, pela disponibilidade e incentivo durante o período de realização da monografia de Conclusão de Curso, e também pela aprendizagem que me proporcionou enquanto sua bolsista de iniciação científica.

Às minhas queridas amigas e colegas, pelas inúmeras risadas e desabafos, em especial Miriam, Fran e Camila Dutra, que me acompanharam ao longo de todo o período do curso.

## RESUMO

Este é um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, vinculado à pesquisa “Ações de Saúde Mental da Estratégia de Saúde da Família: um estudo avaliativo, em que se estuda a Reforma Psiquiátrica que propõe uma mudança de paradigma em saúde mental, em que o sujeito com transtorno psiquiátrico deve ser atendido no território e inserido em uma rede social. O encontro entre a saúde mental e a atenção básica, por meio da ESF, pode auxiliar o indivíduo com transtorno mental em sua reinserção social na comunidade. O objetivo do estudo é o de analisar a educação permanente na ESF como dispositivo para a atenção psicossocial a partir da perspectiva dos profissionais. As informações foram coletadas mediante o registro de entrevistas semiestruturadas com os 14 profissionais de 2 equipes da ESF, no ano de 2008. Da análise emergiram três categorias empíricas: a) necessidade da educação permanente em saúde mental; b) dificuldades para realizar o cuidado em saúde mental; c) o trabalho na ESF e a educação permanente em saúde mental. Os resultados revelam a necessidade de educação permanente, pois prevalece a orientação do modelo biomédico nas ações de saúde mental, e o preconceito sobre transtornos psiquiátricos. Conclui-se, a partir da análise dos dados, que a educação permanente é um dispositivo que pode propiciar a transformação do processo de trabalho dos profissionais da ESF, para que ocorra o avanço do modelo psicossocial, fortalecendo ações de atenção psicossocial no espaço do território.

**Descritores:** Saúde mental. Atenção básica. Educação permanente.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO .....	9
3 OBJETO DO ESTUDO .....	10
4 METODOLOGIA .....	17
4.1 Tipo de Estudo .....	17
4.2 Campo de Estudo.....	18
4.3 Sujeitos do Estudo .....	18
4.4 Coleta de Informações .....	19
4.5 Análise das Informações .....	19
4.6 Aspectos Éticos.....	20
5 DISCUSSÃO DOS DADOS .....	21
5.1 A Necessidade de Educação Permanente .....	21
5.2 Dificuldade para Realizar o Cuidado em Saúde Mental .....	27
5.3 O Trabalho na ESF e a Educação Permanente .....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
REFERÊNCIAS .....	40
ANEXOS.....	44

## **1 INTRODUÇÃO**

Meu interesse pela área de saúde mental iniciou no quarto semestre da Faculdade, ao cursar a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental I. Ainda nesse semestre iniciei minhas atividades na qualidade de bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No quinto semestre realizei estágio curricular na Estratégia de Saúde da Família Pitoresca, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental II. A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS) que se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2006).

Particpei, também, de três projetos de pesquisa: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (MENTALESF) e Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL). Essa participação possibilitou-me maior aproximação com serviços substitutivos ao manicômio: Centros de Atenção Psicossocial, Atenção Básica e Serviços Residenciais Terapêuticos, serviços que constituem a rede de atenção em saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde.

Na função de bolsista, participo das reuniões e discussões do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), na qual tenho

aprofundado teoricamente os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, percebendo, assim, a importância do cuidado em saúde mental acontecer no território, por meio de um trabalho interdisciplinar orientado pela integralidade da atenção à saúde.

O movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou no Brasil na década de 1970, concomitantemente à Reforma Sanitária, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Na definição de Amarante (1996) a Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico centrado na doença e do paradigma da Psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica aponta para uma reforma social, cultural, ideológica e política que propõe a desinstitucionalização, ou seja, a desconstrução do manicômio, do asilo e a necessidade de isolamento como único modo de intervenção. Essas reformas, no âmbito da saúde, proporcionaram uma ampliação do conceito de saúde, considerando aspectos bio-psicossocioculturais e espirituais, em que deveria ser considerado o sujeito que sofre com uma doença e não apenas a doença desse sujeito (OLSCHOWSKY *et al*, 2008).

A substituição do hospital psiquiátrico por outros serviços de saúde abertos e territorializados, diz Costa-Rosa (2000), levou à constituição de um novo modelo de cuidado em saúde mental: o psicossocial. Esse modo de atenção tenta superar a centralidade do saber médico através do trabalho interdisciplinar e busca a reintegração biopsicossocial do sujeito em sofrimento psíquico, a fim de valorizar sua subjetividade, sua existência e sua condição de cidadão. A luta é a favor da desospitalização e da desmedicalização, considerando-se a liberdade do usuário, sua circulação nos serviços e na comunidade e a territorialização do atendimento como modos de intervenção.

A mudança de um modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais abertos provocou, inevitavelmente, o encontro entre a saúde mental e a atenção básica nas comunidades (LYRA, 2007). O encontro dessas duas áreas consiste em dar apoio ao usuário com uma patologia psiquiátrica na comunidade, realizando o cuidado no seu território, para que, assim, ele consiga criar vínculos e não ocorra a sua exclusão e seu afastamento social.

Nessa perspectiva, ao longo do meu estágio na Unidade ESF Pitoresca, chamou-me a atenção o fato de que a maioria dos profissionais não se sentia seguro para realizar o atendimento em saúde mental, pois, durante formação, haviam aprendido que a atenção em saúde mental exigia atendimento especializado. Observava, também, que essa ideia perpetuava a manutenção de encaminhamentos para a especialidade da psiquiatria, dificultando a atenção junto ao território e o fortalecimento da reinserção social do usuário com transtorno psiquiátrico na comunidade.

Entretanto, esses profissionais demonstravam interesse em aprender mais sobre como realizar esse cuidado no espaço da ESF e do território, o que me motivou a estudar o modo com que a educação permanente pode influenciar o trabalho desses profissionais. Entendo que a educação permanente apareça como um dispositivo facilitador, pois, por meio de ações educativas pode propiciar a reflexão das práticas assistenciais e, desse modo, trazer conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e as diretrizes de ações em saúde mental no espaço da ESF.

Frente ao exposto, questionei-me: a educação permanente dos profissionais da ESF pode ser um dispositivo para o cuidado em saúde mental no território?

Assim, no presente estudo, subprojeto vinculado ao projeto “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (MENTALESF, 2008), utilizaram-se os dados da pesquisa de Mielke (2009), intitulada “Ações de Saúde Mental da Estratégia de Saúde da Família: um estudo avaliativo”, visando atingir os objetivos aqui propostos e responder aos questionamentos que surgiram no decorrer do estudo sobre o tema.



## **2 OBJETIVO**

Analisar a educação permanente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como dispositivo para a atenção psicossocial a partir da perspectiva dos profissionais.

### 3 OBJETO DO ESTUDO

No final da década de 1970, o Brasil passou por importante transição de um regime de extrema repressão política, a ditadura militar, para um processo de redemocratização, do qual emergiu o movimento social denominado Reforma Sanitária. Esse movimento reivindicou mudanças radicais para o sistema sanitário, criticando o modelo de atenção médico-assistencial de caráter curativo, que privilegiava o privado em detrimento do público (GUIMARÃES, SAEKI, 2001).

Juntamente com a Reforma Sanitária formou-se o Movimento dos Trabalhadores e Saúde Mental (MTSM), inicialmente constituído como um movimento de pessoas da área da saúde, e, posteriormente, obteve a participação popular no campo da saúde mental, sendo considerado o precursor da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, GULJOR, 2005).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se organizou de acordo com os pressupostos da Reforma Sanitária e da psiquiatria democrática italiana que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, por meio da criação de novos dispositivos abertos e consolidados no território, buscando a inclusão do indivíduo com sofrimento psíquico.

Sob a ótica de Amarante (p. 494, 1995), desinstitucionalização é *“um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político: é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”*, pois, afirma Olschowsky (2001, p.7), a reforma psiquiátrica é *“uma ação compromissada para romper barreiras, nas quais é*

*preciso admitir que o louco tem espaços de liberdade, sem a perda das condições do exercício da própria subjetividade e cidadania”.*

Essa Reforma, diz Souza et al (2007), se concretiza pelo conjunto de atores e fatores que buscam substituir o modelo asilar — segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospital psiquiátrico — pelo modelo em que se considere o sujeito que sofre com uma doença e não apenas a doença desse sujeito.

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica tem buscado construir uma nova prática assistencial, tendo como foco de atenção o sujeito no território, orientado por uma clínica ampliada, pela singularidade, autonomia e cidadania do usuário com transtorno psiquiátrico, constituindo-se a ação dos diferentes atores.

Paralelamente ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ocorreu a criação e a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de prestar um atendimento universal e equânime a toda a população brasileira. Para consolidar as propostas do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual, para Campos (2002), apareceu como uma estratégia de reformulação do modelo assistencial por parte do Ministério da Saúde.

Em relação a esse Programa, Lyra (2007, p. 58) declara:

A adoção da ESF, na condição de estratégia estrutural do SUS, permitiu grande impulso ao mesmo, ampliando significativamente a possibilidade de acesso da população à assistência em saúde.

A ESF tem como objetivo prestar assistência integral às famílias de seu território de abrangência, no âmbito da atenção básica, definida como

um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2003).

A ESF surgiu como principal modalidade de atenção na rede básica, tendo como princípios a atuação no território, o enfrentamento dos problemas de saúde pactuado com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias (BRASIL, 2004). Assim, mediante esses princípios, a atenção básica e a Reforma Psiquiátrica se articularam para a atenção em saúde mental no território.

Anterior à ESF, o tratamento de transtornos psíquicos, em qualquer grau, não era feito pelos profissionais da assistência básica, direcionando-se o atendimento à internação para os transtornos psíquicos graves, e os casos mais leves eram encaminhados aos ambulatórios especializados com ação restrita à repetição das receitas prescritas pelos psiquiatras durante o período de internação (LYRA, 2007).

A ESF e a Reforma Psiquiátrica, na atenção em saúde mental, conforme De Oliveira (2009), caminham integradas na promoção da saúde, porque há um direcionamento para o espaço do território, o que pode facilitar o apoio para manter o tratamento da pessoa com transtorno mental na comunidade, mediante a utilização e o conhecimento dos vínculos com a equipe da ESF, família, vizinhos, entre outros.

Desse modo, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, para a atuação transversal com outras políticas específicas e que visem estabelecer vínculos e o acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003). Alguns dos princípios básicos da articulação entre saúde mental e atenção básica são: a noção de território, a intersetorialidade, a desinstitucionalização, a multiprofissionalidade, a reabilitação psicossocial, a promoção da cidadania e a construção da autonomia possível de familiares e usuários.

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar pela implementação de serviços substitutivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residências Terapêuticas (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluindo as ações de saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a

usuários de álcool e outras drogas, programa “De Volta pra Casa”, entre outros (SOUZA et al, 2007). Assim, sendo a atenção básica a porta de entrada do sistema de saúde, a inserção das ações de saúde mental permite que os sintomas psíquicos sejam detectados e tratados precocemente, evitando internações desnecessárias (MODESTO; SANTOS, 2007).

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou o relatório “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, com o propósito de aproximar as duas áreas: saúde mental e atenção básica. Segundo esse relatório, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, preconizando o estabelecimento de vínculo e acolhimento. O documento também discorre sobre a nova organização das ações de saúde mental na atenção básica, principalmente mediante o apoio matricial e a formação de recursos humanos como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na atenção básica.

Entendemos que a incorporação da atenção em saúde mental na ESF contribuirá para o fortalecimento da mudança do modelo centrado no hospital como único modo de tratamento, pois no território pela proximidade, vínculo, escuta e acolhimento pode-se construir novas estratégias assistenciais para a atenção psicossocial.

Em pesquisa sobre saúde mental, Mielke (2009) avaliou as ações desenvolvidas pelas Equipes Estratégia Saúde da Família, identificando três categorias, a partir da análise dos dados: ações de saúde mental; facilidades para desenvolver ações de saúde mental; e dificuldades para desenvolver ações de saúde mental.

Na categoria “Dificuldades para desenvolver ações de saúde mental”, um dos temas citado pelos entrevistados refere-se à falta de capacitação em saúde mental como um dos principais obstáculos que os profissionais da equipe de ESF encontram para realizar seu trabalho no território. Considerando-se os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, na qual a atenção em saúde mental deve se organizar no território em rede, constata-se a importância da educação permanente junto às equipes da ESF para consolidar esse modelo de atenção em saúde. Mehry (2004)

afirma que a educação em saúde e o trabalho em saúde são termos inseparáveis, pois um produz o outro, com efeitos fundamentais para a construção da competência do trabalhador.

A Atenção Básica tem como um de seus fundamentos “valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação” (BRASIL, 2007, p. 13). Assim, o Governo Federal adotou a política de educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde, criando em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e instituindo, em 2004, os Polos de Educação Permanente.

Esses Polos devem funcionar como dispositivos do SUS para promover mudanças tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva - Rodas para a Educação Permanente em Saúde. Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem, ainda, trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais (BRASIL, 2004).

A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Polos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos se constituem de representantes de Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), unidades acadêmicas envolvidas, entre outros, visando ao estímulo para a formação permanente e não somente para capacitações pontuais. A estratégia de capacitação a ser desenvolvida pelos núcleos se entrelaça com a da implantação das equipes de apoio matricial, pois essas podem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2003).

O apoio matricial constitui-se em um arranjo organizacional a fim de outorgar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo

desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe da ESF, em forma de corresponsabilização pelos casos, mediante discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo, e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (BRASIL, 2003).

Assim, entendemos que a educação permanente, mediante os núcleos regionais de capacitação e equipes matriciais articuladas, pode fazer com estes sejam dispositivos potencializadores da educação dos trabalhadores, repercutindo no trabalho em saúde.

A discussão sobre a educação permanente dos profissionais torna-se fundamental e estratégica para a consolidação do SUS. O Plano de Reordenação Política de Recursos Humanos do SUS preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade (TAVARES, 2006). Essa qualificação ocorre frente a ações concretas do mundo do trabalho e deve acontecer no cotidiano dos serviços. Assim, na ESF o atendimento das pessoas com transtornos psíquicos pode mobilizar, nos trabalhadores, a necessidade de qualificar seu trabalho mediante a formação em serviço.

Saupe (2008) salienta a importância da educação permanente para qualificar o processo de trabalho dos profissionais da ESF e as suas novas necessidades — atuação em equipe, gerenciamento, interdisciplinaridade e educação em saúde, — e a capacitação para a produção de conhecimento na atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a educação permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a

organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

No campo da saúde mental, a estratégia de educação permanente tem como desafio consolidar a reforma psiquiátrica. Para o alcance desse desafio, os tradicionais programas de educação continuada, destinados apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, devem ser substituídos por programas mais amplos de educação permanente para articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde (TAVARES, 2004).

A partir do exposto, percebe-se que a educação permanente pode ser definida como um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo por finalidade a análise e o aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais e os objetivos e metas da instituição a que pertencem. São ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL 2003; 2004).



## **4 METODOLOGIA**

Neste tópico, discorre-se sobre as técnicas e o método utilizados para desenvolver este estudo.

### **4.1 Tipo de Estudo**

Este é um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, com pesquisa em banco de dados, e vincula-se à pesquisa “Ações de Saúde Mental da Estratégia de Saúde da Família: um estudo avaliativo”, utilizando-se, assim, o banco de dados de Mielke (2009).

Mielke (2009) realizou um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, desenvolvido a partir da Avaliação de Quarta Geração.

O método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, obtido pela interpretação humana a respeito de como se convive, se constroi, se sente e se pensa sobre si e sobre o mundo. Utilizado especialmente para pesquisas com grupos delimitados, sob a ótica dos atores e das relações, permite desvelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008).

## **4.2 Campo de Estudo**

O estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família Pitoresca, localizada na zona leste do município de Porto Alegre, a qual faz parte da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon.

Minha aproximação com o campo aconteceu, inicialmente, durante o quinto semestre do curso de Enfermagem, no ano de 2008, quando realizei o estágio de Enfermagem em Saúde Mental II na ESF Pitoresca. Posteriormente, na qualidade de bolsista de iniciação científica de saúde mental, tive a oportunidade de trabalhar em projetos de pesquisa desenvolvidos nessa ESF, entre os quais o MENTALESF - Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Atualmente, estou realizando meu estágio de conclusão de curso - Estágio Curricular II – Serviços da Rede Básica – na Unidade ESF Pitoresca, totalizando a carga horária de 315 horas, em contato direto com o campo.

A ESF Pitoresca faz parte da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon com outras 11 unidades básicas de saúde (Prefeitura de Porto Alegre, 2008). Atende 1.451 famílias, distribuídas em duas equipes de saúde da família e divididas em oito microáreas. Atualmente, a equipe I atende 703 famílias e a equipe II, 748 famílias.

## **4.3 Sujeitos do Estudo**

As equipes de saúde da família atuantes na Unidade ESF Pitoresca, compõem-se, ao todo, de 14 profissionais, divididas em duas equipes, que contam com dois médicos de família, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

No presente estudo, foram entrevistados 14 profissionais que concordaram em participar da pesquisa, e que atenderam ao seguinte critério de inclusão: a) Trabalhar na Unidade de Saúde da Família há, pelo menos, seis meses, pois se entende que nesse tempo o profissional já esteja inserido no contexto do serviço.

#### **4.4 Coleta de Informações**

As informações foram coletadas mediante registro de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da Unidade ESF Pitoresca, no ano de 2008. As entrevistas foram gravadas em fitas e, posteriormente, transcritas.

Para as entrevistas, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Fale sobre as dificuldades e facilidades para realizar o atendimento em saúde mental nesta unidade de saúde da família.

#### **4.5 Análise das Informações**

Minayo et al (2008) destaca dois pressupostos do método hermenêutico dialético para a análise das informações. O primeiro diz respeito à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada na produção do conhecimento; o segundo refere-se à ciência que se constroi em uma relação dinâmica entre razão daqueles que a praticam e a experiência que surge com a realidade concreta.

Desse modo, apresentam-se os seguintes passos para a análise:

- a) Pré-Análise: inicialmente realizou-se a leitura flutuante, que consistiu na leitura exaustiva e organização do material de acordo com a representatividade, homogeneidade e pertinência, para responder as questões teóricas da pesquisa. Nessa fase, foram categorizados e codificados os conceitos teóricos mais gerais da análise, com palavras-chave ou frases. Sabe-se que os dados não falam por si mesmos, mas são construídos com questionamentos e fundamentação teórica, exigindo inúmeras leituras do material para identificar as ideias centrais das falas dos entrevistados.
- b) Exploração do Material: nessa etapa, fez-se a classificação e a agregação dos dados, identificando as categorias que comandarão a especificação dos temas.

A leitura e a releitura das 14 entrevistas produziram as seguintes categorias empíricas: a) necessidade da educação permanente em saúde mental; b) dificuldades para realizar o cuidado em saúde mental; c) o trabalho na ESF e a educação permanente em saúde mental.

c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: na interpretação dos resultados, procurou-se a articulação entre os temas encontrados, o referencial teórico e o objetivo do trabalho.

Na análise final dos dados estabeleceram-se as relações entre os dados obtidos e o referencial teórico da pesquisa, no sentido de responder aos objetivos propostos no estudo. Finalmente, na redação final da análise foram utilizados trechos de entrevistas, assim identificadas: P (Profissional) acrescido do número da entrevista, por exemplo, P1: entrevista com o profissional número 1.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O projeto original denominado “Ações de Saúde Mental da Estratégia de Saúde da Família: um estudo avaliativo” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), em 28 de fevereiro de 2008, sob o número 2007817, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), em 15 de maio de 2008, sob o número 238 (ANEXO A).

Todos os profissionais de saúde que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a) (ANEXO B).

O autor da pesquisa Mielke formulou autorização para a utilização dos dados remanescentes da pesquisa, possibilitando o desenvolvimento desse subprojeto. Comprometi-me, ainda, a manter sigilo sobre as informações coletadas no banco de dados e utilizá-los apenas para fins de pesquisa (ANEXO C).

## 5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Com base no referencial teórico da atenção psicossocial em saúde mental, apresentam-se as análises das informações obtidas.

### 5.1 A Necessidade de Educação Permanente

Uma das categorias apontadas pelos entrevistados refere-se à questão da necessidade de educação em serviço na área de saúde mental para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Tal necessidade pode ser entendida pela formação recebida durante a graduação que, orientada pelo modelo biomédico, procura apresentar todas as áreas da saúde, restringindo-se a conceitos pontuais e, por vezes, desatualizados. Desse modo, o aprofundamento do conhecimento depende do interesse do acadêmico.

Então, mais ainda na questão da saúde mental, eu acho mais importante [...] e não tem muita assistência, não tem muita gente preparada e, não sei, não conheço muito do currículo da graduação da enfermagem, mas a ideia e o contato que a gente tem com pessoas egressas mais antigas é que a formação, principalmente na área comunitária e mais ainda na de saúde mental, era bem restrita, dependia muito da pessoa ter um interesse próprio, ir atrás, fazer cursos, gostar de fazer, querer meter a mão (E10).

Segundo Pereira (2006), as universidades têm dado pouca ênfase à temática da saúde mental no âmbito da formação dos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros. Afirma, ainda, o autor, que a carga horária curricular

destinada à saúde mental nos cursos de graduação muitas vezes é insatisfatória, *“de cunho predominantemente teórico, sem oferta de estágios práticos com supervisão adequada, sob predomínio do modelo biomédico e centrada no atendimento hospitalar, em detrimento dos aspectos psicossociais”* (CADERNOS IPUB, p. 14).

Especificamente no caso da enfermagem, a formação de trabalhadores de nível superior foi marcada por currículos arcaicos, centrados no modelo hospitalocêntrico, com carga horária excessiva, havendo dissociação entre teoria e prática e entre os ciclos básico e clínico. Essa formação favorece a utilização indiscriminada de tecnologia, da prática profissional impessoal e descontextualizada (TAVARES, 2006).

De acordo com pesquisa realizada por Moriya (1998), enfermeiros que trabalham diretamente com saúde mental foram unânimes ao relatar que os conhecimentos adquiridos no curso de graduação não foram suficientes para subsidiar seu desempenho de enfermeiros na área de saúde mental. Assim, na formação em saúde é necessário desmistificar a ideia de que a saúde mental deve ser uma ação somente dos especialistas. Na atualidade, considerando-se o conceito ampliado de saúde, o profissional deve desenvolver uma capacidade de reconhecer e resolver os problemas, ultrapassando a ideia de realização de tratamento da doença.

Por meio do trabalho interdisciplinar, os profissionais buscam novas alternativas para o trabalho, e a educação permanente aparece como dispositivo que pode proporcionar um novo olhar sobre as práticas assistenciais, especificamente em saúde mental.

Na ESF Pitoresca identificou-se a necessidade de educação permanente devido à grande demanda de cuidado na área de saúde mental, conforme os relatos a seguir:

[...] eu acho que saúde mental em primeiro lugar, em qualquer lugar tem que ter um profissional de saúde mental, em qualquer posto tem que ter, é assim, 60% da demanda é saúde mental [...] É muita coisa. E vai aumentar né, está todo mundo mais estressado.  
(P3)

Eu acho que se essa questão da saúde mental ela, ela fluísse melhor a gente... 50% dos nossos problemas aqui estariam resolvidos, sem sombra de dúvidas. (P2)

[...] aqui, que tem muita situação de saúde mental, a demanda é imensa, depende da gente como profissional estar aberto para isso. (P10)

[...] Eu acho que teria que ter mais capacitação, não sei se vai ter ou não. Mas, eu acho que sim, precisa mais, tem bastante saúde mental aqui. (P12)

É interessante responder a essa necessidade de aprendizado, pois a educação permanente oferece o caminho para que os profissionais possam apropriar-se do seu exercício profissional, tornando-os capazes de refletir, de analisar suas experiências e possibilitar-lhe uma nova maneira de realizar o seu processo de trabalho. Segundo a OMS (2003), a prestação de cuidados na atenção básica requer investimento significativo para a formação dos profissionais da rede básica a fim de detectar e tratar pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, a educação permanente surge como um dispositivo importante no trabalho, pois, além do conhecimento poderá promover mudanças nas práticas de saúde, caracterizando-se como um espaço de reflexão e construção do trabalho na ESF e da atenção em saúde mental no espaço do território.

Ter espaços para a reflexão sobre as intervenções possíveis e necessárias é ação importante de saúde mental, pois permite que o trabalhador, em seu agir, esteja aberto para modificar seu processo de trabalho e aprender com o próprio fazer do outro (MERHY, 2007). À grande demanda em saúde mental os profissionais associam o crescente abuso de substâncias psicoativas pela população local, fato que revela, também, a necessidade de educação permanente nesse âmbito.

Muito grande a demanda, principalmente por causa da droga. Muito grande. [...] Isso aí, é principalmente da droga, a nossa área aqui é muita droga, é muito, muito, muito, muito por causa da droga. E aí, aí sim tu não acha, aí tu não acha nenhum tipo de ajuda... (P4)

O que a gente tem mais dificuldade mesmo é com o dependente químico. Não sabe o que dizer, não sabe como agir. Nós não tivemos nunca uma capacidade, uma capacitação pra dependência química. (P13)

Segundo BRASIL (2003, p. 3),

por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

Sabemos que a ESF tem sido a porta de entrada do sistema de saúde, na qual o acolhimento e o vínculo são aspectos fundamentais para fortalecer as ações no território. Assim, as falas anteriores nos reportam à importância da educação permanente a partir da necessidade e da vivência cotidiana na Unidade ESF, pois, historicamente, a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem, aparentemente, relegados a um plano menos importante (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, alguns profissionais da ESF Pitoresca demonstram dificuldade em lidar com usuários de substâncias químicas, sentindo-se despreparados e inseguros para realizar esse cuidado, pois, em muitas situações, a ideia do risco, do perigo gera o afastamento dos profissionais em relação dessas pessoas, prevalecendo práticas discriminatórias na atenção à saúde mental.

Os entrevistados dizem que a rede de saúde mental do município é fragmentada, o que também dificulta o atendimento em saúde mental seja para facilitar um sistema de referência e contra-referência, ou para troca de informações/orientações para o cuidado em saúde mental.

Dificuldade de ter uma continuidade [...] encaminhar para outra referência, conseguir um encaminhamento em tempo hábil, de ajudar o paciente realmente. (P1)

[...] a maior dificuldade que a gente encontra não é aqui [...] mas no segundo atendimento, que seria em nível de ambulatório [...] que a gente tem dificuldade na rede do Partenon [...] que a gente não tem CAPS. Então, a gente às vezes fica sem saber o que fazer com o paciente [...] Ele chega aqui, é atendido, precisa de um atendimento, está com risco de vida, risco de suicídio, vai no PAM3, não tem leito, volta para o posto, o posto encaminha para um CAPS, para ter um atendimento com continuidade, chega nesse momento não encontra. (P8)

A área mais difícil de conseguir é a saúde mental [...] mandam para um lado não é ali, manda para outro, volta para o posto [...] as portas estão fechadas. Porque tem pessoas há dois anos esperando por um psiquiatra e não tem, não consegue marcar [...] Bastante gente, uma fila enorme, psiquiatria, psicólogo é um horror né é o que mais tem [...] quando passa para frente é que emperra, porque aqui são discutidos todos os casos, são atendidos. (P13)



A Rede de Atenção Integral em Saúde Mental abrange serviços de todos os níveis de atenção, incluindo a atenção básica e os serviços especializados: CAPS, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos e unidades em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, centros de convivência, geração de renda, entre outros (BRASIL, 2001a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), essa rede deve funcionar de modo articulado, tendo os Centros de Atenção Psicossocial como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e sua regulação. Segundo a Prefeitura de Porto Alegre, a rede especializada do município é composta por:

- 04 CAPS II – adulto;
- 02 CAPS AD – álcool e drogas;
- 02 CAPS infância e adolescência;
- 02 Serviços Residenciais Terapêuticos;
- 01 Oficina de Saúde e Trabalho;
- 01 Pensão Protegida;
- 01 Programa de redução de danos;
- 01 Comunidade Terapêutica;
- 01 Plantão de Emergência em Saúde Mental;
- Ambulatórios e equipes de saúde mental nas gerências distritais.

Em Porto Alegre, o acesso aos serviços de saúde mental, exceto no plantão, acontece pela rede básica de saúde, e essa rede especializada do município tem dificuldades para atender à grande demanda devido à falta de articulação e comunicação entre os serviços. Entende-se que o fortalecimento dessa rede seria um apoio aos profissionais da ESF para a atenção em saúde mental.

A transformação do modelo manicomial demanda a existência de novos equipamentos de reabilitação psicossocial e a articulação intersetorial para alcançar seus objetivos de desospitalização e resgate da cidadania dos doentes mentais. A fragmentação de uma rede mostra a realidade negativa para transformar o modelo que tem o território como foco. Os usuários “em filas”, esperando o atendimento

especializado, gera a descontinuidade dos tratamentos e o sofrimento aos usuários e às equipes da ESF.

Durante o estágio curricular, observou-se que a Unidade ESF Pitoresca, independente das dificuldades da rede, organiza seu trabalho para a atenção em saúde no território, e estrutura o atendimento com as seguintes ações:

- Acolhimento a todos os pacientes que chegam ao serviço;
- Consultas médicas (agendadas ou consulta-dia, conforme necessidade);
- Discussão de casos na reunião de equipe;
- Visitas Domiciliares, realizadas pelos membros da equipe de saúde, residentes, estagiários e professora da UFRGS;
- Grupo Evolução, realizado às sextas-feiras à tarde, mensalmente;
- Apoio da equipe de matriciamento (uma psicóloga, um psiquiatra e uma assistente social), que comparecem à unidade de saúde todas as sextas-feiras à tarde;
- Renovação de receitas e entrega de medicação psicotrópica;
- Encaminhamento para serviço especializado (quando necessário).

Percebe-se a equipe da ESF Pitoresca comprometida e interessada na atenção em saúde mental, pois, mesmo com dificuldades devido à fragmentação da rede tem incluído, em seu processo de trabalho, diferentes ações para esse atendimento. Portanto, reforça-se a importância da educação permanente, porque um processo contínuo voltado à formação no serviço, a partir das demandas dos profissionais, pode trazer melhorias para a ESF, em relação à atenção dispensada aos usuários com transtornos psíquicos. Pode, também, fortalecer os preceitos do novo modo de atenção psicossocial, ao se realizar o cuidado no espaço do território, tendo o acolhimento e o vínculo como aspectos fundamentais das ações em saúde mental.

## 5.2 Dificuldade para Realizar o Cuidado em Saúde Mental

Os profissionais entrevistados relatam dificuldades quanto ao cuidado ao usuário com patologia psiquiátrica. Entre outros fatores relacionados a essa dificuldade, percebe-se que alguns profissionais ainda possuem a ideia de que a saúde mental é uma especialidade, necessitando de formação específica para atuação, conforme se lê na fala a seguir:

[...] o médico da família ele é um médico que tem a orientação, ele tem o treinamento para fazer os programas que o Ministério prevê para a Saúde da Família. [...] eu não tenho conhecimento se saúde mental inclui isso. Eu acredito que não, na minha ótica, porque os programas são bem definidos [...] talvez a unidade básica não seja para isso. Eu imagino que ela não tenha essa resolutividade [...] não é para ter no PSF isso [...] Eu acho que a gente trabalha muito com questão de prevenção da saúde [...] E eu acho que a saúde mental foge um pouquinho nesse sentido do PSF, na minha opinião [...] eu acho que aqui não deveria ter. (P7)

Nesse relato, evidencia-se a resistência dos profissionais em relação à atenção em saúde mental no espaço da ESF. Entende-se que essa dificuldade é reforçada pela formação e o trabalho orientado pelo modelo biomédico, a partir do qual se olha a doença sob a ótica da especialidade. Além disso, constata-se, em suas falas, que as equipes da ESF desconhecem as propostas do Ministério da Saúde para atenção em saúde mental, na atenção básica, e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Tal fato evidencia a necessidade de educação permanente para as equipes da ESF, pois poderão discutir/conhecer as transformações propostas pelo modelo de atenção psicossocial que valoriza a subjetividade e a existência da pessoa e a patologia psiquiátrica, lutando pela desospitalização e desmedicalização, sendo o usuário o sujeito de sua vida. A proposta de atenção orienta-se pela interdisciplinaridade, integralidade e pela liberdade de o usuário circular e ser atendido no território (COSTA-ROSA, 2000).

A Reforma Psiquiátrica tem direcionado a atenção para serviços substitutivos ao manicômio, e a ESF, dentro de uma rede de atenção, surge no processo de desinstitucionalização para além do simples ato de desospitalizar, pois, mediante intervenções — acolhida de pessoas com sofrimento psíquico em sua área adscrita

— pode possibilitar a construção e produção do cuidado em liberdade (OLIVEIRA, 2009). Para tanto, é necessário que os profissionais tenham informações sobre o atual modelo de atenção psicossocial, e a educação permanente poderá contribuir para amainar os sentimentos de despreparo e insegurança que os entrevistados relatam em seu trabalho junto à ESF.

[...] a única dificuldade é o que falar pra eles assim, que eu não sei o que abordar como abordar, essas coisas acho que eu não saberia... (P5)

Nós, eu, agente, vou, converso, o pouco conhecimento que eu tenho, que não é muito, converso, tento passar... algum conhecimento pra pessoa [...]. (P5)

Sim, até pra gente aprender, não seria pra gente... fazer parte do grupo, mas pra gente vê a iniciativa deles, o que eles falam, o que eles conversam, pra vê como é que eles abordam os pacientes. Eu tenho um pouco de receio e elas tratam, elas tem uma liberdade assim, parece que de igual pra igual quase né, que a gente já não tem essa liberdade. (P11)

As falas revelam a preocupação e o compromisso dos profissionais da Unidade ESF Pitoresca em prestar atendimento aos seus usuários, apesar dos sentimentos de despreparo e insegurança. Há uma ideia de que para as ações de saúde mental é importante saber ouvir e poder falar, associado à necessidade de conhecimento.

Pode-se relacionar essa dificuldade à mitificação de que o atendimento em psiquiatria requer um profissional especializado. Na atualidade, o primeiro contato com os serviços de saúde, na maioria das vezes, ocorre na atenção básica e o acolhimento e a escuta são práticas necessárias e fundamentais na atenção em saúde. Conforme Oliveira (2009), acredita-se que as ações de acolhimento e escuta são tecnologias que favorecem o reconhecimento da subjetividade, dando voz ao usuário em sofrimento psíquico, singularizando seu cuidado e potencializando uma intervenção que deve produzir e promover a saúde.

Mediante a escuta qualificada os profissionais conquistam a confiança da pessoa em sofrimento psíquico e sua família, construindo um forte vínculo entre si e com os usuários. Não se nega a importância da clínica psiquiátrica e o acesso a esse conhecimento, mas entende-se que os profissionais na ESF devem acolher,

escutar e, por meio dessa ação, organizar seu processo de trabalho, seja para cuidar ali, no território, ou buscar serviço especializado.

Assim, ações de educação em serviço são capazes de capacitar os profissionais da ESF, associando conhecimentos e aprofundando discussões sobre a organização do processo de trabalho, a fim de qualificar a atenção psicossocial em saúde mental.

Outra questão abordada pelos entrevistados refere-se à importância da educação permanente junto ao agente comunitário de saúde (ACS), pois esse profissional é aquele que conhece a comunidade, identifica os casos que necessitam de atenção em saúde mental, trazem as demandas para a equipe e fazem essa articulação, servindo de elo entre a comunidade e o serviço de saúde no território.

Principalmente, pras agentes de saúde, seria muito importante, porque elas estão na ponta lá. Então, elas podem até vivenciar uma situação e, se elas tiverem um treinamento seria interessante pra elas né como, talvez um manejo assim. [...] Saber como lidar né. (P7)

Essa coisa de capacitação ajudaria e muito. [...] Até pra gente às vezes identificar um caso, não digo diagnosticar, mas ter noção mais ou menos de algum caso, eu aprendi muito quando, quando eu fui né. A gente começa já a ver de outra forma as pessoas às vezes conversando tu não sabe. A gente conversando, aí tu começa a analisar toda aquela história de vida, aí sempre vem um fala alguma coisa, aí um vem e fala outra, aí tu já começa a perceber, vê as coisas com outros olhos. [...] Isto, sim, eu acho que poderia se investir mais. (P14)

O ACS é o profissional que tem seu trabalho organizado principalmente por visitas domiciliares e, por meio dessa ação, são os principais responsáveis pela tarefa de fortalecer o vínculo entre a Unidade ESF e a comunidade. Os ACS representam cerca de 50% dos membros de uma equipe de ESF. São eles que realizam o maior número de atividades com o objetivo de promover saúde e prevenir agravos a partir de ações educativas (MACIEL *et al*, 2009).

Para Barban (2007), os ACS são os profissionais mais expostos aos dramas familiares dos usuários. São profissionais com intensa sobrecarga emocional. Muitos deles entram em sofrimento psíquico, sem conseguir separar o lado pessoal do profissional. São continuamente assediados pelos moradores da microárea que visitam e carregam o ônus de serem moradores da comunidade na qual trabalham.

Nessa perspectiva, ações de educação permanente tornam-se imprescindíveis para essa categoria profissional, visto que servem de espaços de compartilhamento de sentimentos que emergem no desenvolvimento do seu trabalho diário.

O ACS é o único profissional da Equipe de Saúde da Família que não tem uma formação anterior na área da saúde e, dessa forma, ações de educação em serviço aparecem como dispositivos estratégicos para o seu fazer cotidiano, podendo facilitar a organização de suas atividades, servindo também de espaço para discussão e problematização de suas vivências, pois esse profissional tem sido central nas ações de saúde na área da saúde mental.

Outra dificuldade apontada nas entrevistas está relacionada ao “medo” e ao receio que os profissionais têm de lidar com pacientes com transtornos psiquiátricos. Tal questão pode ser entendida pelo estigma social da doença mental.

Na sociedade em que se vive, hoje, quando se fala sobre doente mental, é comum que, em algum momento, apareça uma expressão de medo, rechaço, entre outras. Pelo próprio desenvolvimento histórico da psiquiatria e da assistência psiquiátrica, as pessoas, através dos tempos, foram constituindo, em seu imaginário, uma ideia do doente mental como alguém agressivo e/ou incapaz. Conviver com alguém que é percebido marcado por uma característica de periculosidade leva quase que automaticamente ao desenvolvimento de um sentimento de medo relacionado a ele (CAVALHERI, 2007).

[...] tu vai aprendendo a saber identificar, quando eu entrei, comecei a trabalhar, o meu pânico era esse, mas agora eu já to aprendendo assim, eu até comentei com as gurias que eu não faço parte do grupo de saúde mental mas de vez em quando eu vou ir com elas pra mim ir tentando me adaptar e perder esse receio... (P6)

[...] as vezes a gente até tem medo, tu não sabe, tu não lida com isso todo dia. Aí tu entra assim numa equipe, aí tu vai ter que aprender a lida com, com esse tipo de né, de, de situação que vai acontecer né na tua área. Ah, é meio difícil assim. [...]Mas é difícil assim, tu que não tá acostumada, tu chega direto, sem nenhuma capacitação, sem nada, né, é meio difícil assim. Fica meio ansiosa assim, meia... (P4)

Historicamente, a sociedade aprendeu a considerar a loucura/doença mental como algo relacionado ao asilo, suscetível de reclusão, negatividade, desumanidade, incapacidade e, sobretudo, periculosidade social (GIOVANOLA &

AMARANTE, 1994). Essa estreita ligação entre doença mental, periculosidade e incapacidade vem mantendo a visão preconceituosa da sociedade em relação ao transtorno mental, fazendo com que grande número de pessoas que necessita de atenção na área de saúde mental passe por um processo de marginalização afetiva e social. Compreende-se que o tema da loucura cause impacto na sociedade por apresentar situações de vida que causam medo, pena, raiva e, por isso, o desejo das pessoas de se afastarem de indivíduos portadores de transtorno psíquico.

Atualmente, o movimento da Reforma Psiquiátrica traz uma nova concepção sobre loucura, entendendo-a como uma força ativa, como potencialidade de transformação, como produção de novos registros de tempo e de espaço (CARVALHO; AMARANTE, 2000). Dessa forma, a educação permanente, por meio de discussão de casos, a busca de matriciamento e cursos poderá criar possibilidades de trocas e reflexão sobre o trabalho na ESF e a construção da atenção em saúde mental inserido no modo de atenção psicossocial. Nessa perspectiva, a educação permanente aparece como dispositivo fundamental, pois, através de ações educativas, trará o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais, auxiliando, assim, a desfazer a visão preconceituosa e os mitos existentes em torno dos pacientes com transtornos psiquiátricos.

Segundo MIELKE (2009, p. 120), “é preciso desmistificar a loucura, mostrando sua nova ‘cara’ proposta pela Reforma Psiquiátrica”. No entanto, ainda hoje, a loucura e os indivíduos em sofrimento psíquico são vistos com preconceitos, e a desmistificação da loucura é um processo importante para a construção de um novo sujeito, cidadão e com voz na sua comunidade.

### **5.3 O Trabalho na ESF e a Educação Permanente**

Nascimento (2004) identifica, em sua pesquisa, a falta de treinamento e de experiência profissional como uma dificuldade que os profissionais encontram para lidar com a demanda de saúde mental. Aborda, ainda, a importância de que esses profissionais recebam qualificação e capacitação em saúde mental. Do mesmo modo, os profissionais da Unidade ESF Pitoresca associam a falta de programas de

educação em serviço na área de saúde mental como uma dificuldade para a realização do seu processo de trabalho.

Ah, sim, falta muita capacitação. Na verdade, a gente nunca teve uma capacitação em saúde mental [...] na verdade eu acho que não acontece capacitação mesmo [...] nós não temos nenhuma capacitação em saúde mental. (P3)

Nenhuma. Nós não temos, eu nunca tive capacitação em saúde mental. E precisaria, porque além de tá lidando dia-a-dia com as pessoas com vários problemas, eu também tenho os meus problemas né. Então eu preciso também de uma ajuda, de um conhecimento um pouco, porque se não acarreta daí, acaba acarretando tudo e eu não sei tirar isso de mim, os meus problemas mais os problemas das pessoas, aquilo ali vai acumulando [...] Faz muita falta essa capacitação. (P9)

[...] a gente não tem capacitação, a equipe não tem capacitação para atender em saúde mental; não tem acontecido, é, nenhum tipo de capacitação, por parte da Secretaria ou da empresa contratante; é, tem uma demanda imensa de saúde mental [...] tem que ter mais capacitação (P2)

Não tem capacitação em saúde mental [...] Falta, falta total e geral, não tem nem pros agente comunitário nem pra nada, não tem nenhuma, não tem uma capacitação que ti, quando o posto abriu, eles passaram por todas as capacitações. Eles ficaram dois meses aqui, que eu não tava quando o posto abriu, eles passaram, no São Pedro eles tiveram capacitação. Só que o que aconteceu, quando foi trocando a equipe, eles não deram nenhuma capacitação pra nós, nenhuma capacitação pra nós. (P4)

Não tem capacitações em saúde mental aqui, não. [...] Nunca teve, só no meu estágio né [...] Depois aqui nunca teve, em saúde mental, não [...] Se tivesse ia ajudar [...] A lidar melhor, ao menos assim um diálogo melhor... (P11)

Em seu estudo, Ribeiro et al (2008) também aborda a necessidade de capacitações em saúde mental, pois os profissionais apresentam dificuldades para lidar com situações nas quais o sofrimento mental está presente. O autor diz, ainda, que cursos de capacitação são úteis para facilitar a transmissão de conhecimentos sobre a Reforma Psiquiátrica e do próprio sofrimento mental, havendo a necessidade de investimentos técnico-assistenciais e políticos para consolidar a atenção aos portadores de transtornos mentais na ESF.

Entende-se a educação permanente como um processo que ocorre no cotidiano do trabalho da ESF e, portanto, as reuniões e discussões dos casos de saúde mental, associados a programas de capacitação e matriciamento, são um dispositivo que facilitará as interações e o fortalecimento do atendimento no território. São imprescindíveis, pois, a discussão, a reflexão e o conhecimento sobre os pressupostos do modelo psicossocial porque indicam novos modos de cuidado



em que liberdade, subjetividade, cidadania e inclusão social tornam-se fatores fundamentais para a desinstitucionalização e oposição ao manicômio.

O modelo de atenção em saúde proposto pela ESF tem permitido uma ampliação do cuidado no espaço do território, exigindo dos profissionais de saúde a constante qualificação do seu fazer cotidiano. Nessa perspectiva, a educação permanente aparece como principal dispositivo para que ocorra a qualificação do processo de trabalho desses profissionais.

[...] realmente, eu acho que precisaria de mais capacitação, que pelo menos assim ó, ter assim uma supervisão ou um contato, discussão de casos, mas uma coisa que seja, que tenha apoio, que tenha vínculo né [...] (P12)

Olha eu acho que seria uma coisa bem interessante mas a gente não têm muita capacitação, olha eu acho que eu, capacitação, eu tive uma vez com a Agnes, que ela falou sobre bipolaridade, foi bem interessante né, que tu começa a partir assim ó, muitas vezes a reação das pessoas a gente encara assim, a gente diz “ah ele é um sem vergonha” e aí tu começa a saber situações que podem acontecer por esses problemas em cada tipo de doença, e aí tu começa muitas vezes a identificar de outra forma, saber que aquilo ali pode ser uma sem-vergonhisse da pessoa como pode ser um problema de saúde mental, então auxilia, faz falta. (P6)

Falta muito a capacitação em saúde mental pra gente. [...] Eu participei, logo que abriu o posto.[...] Mas também foi aquela e nunca mais. (P13)

[...] os agentes de saúde, a gente teve um período, já faz algum tempo, que a gente teve algumas capacitações em saúde mental, mas acho que tem que sê lembrado muitas coisas, a gente tem que tá sempre vendo [...] seria importante se tivesse uma capacitação [...] (P8)

Em virtude das mudanças no modelo de atenção à saúde que ocorreram no Brasil nos últimos anos, as ações de capacitação em saúde mental assumiram grande relevância, principalmente para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária e, em particular, na ESF (PEREIRA, 2007). A organização de uma política de formação de recursos humanos na área de saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2002).

Com a educação permanente, que envolve a reflexão do processo de trabalho, as equipes poderão repensar a lógica do modelo intervencionista biomédico que busca a cura, e rever sua relação com as pessoas que manifestam sofrimento psíquico. O que se espera é que mediante o conhecimento e sua discussão a

atenção em saúde mental atenda às necessidades do usuário, possibilitando vínculo, mobilizando os recursos comunitários e construindo novos espaços de reabilitação.

Os profissionais relataram ter recebido capacitações na área de saúde mental, no entanto, as consideram deficientes, apresentando críticas em relação aos conteúdos trabalhados e a forma como são organizadas.

Ah, capacitação existe, tem cursos, tem momentos, mas ainda está muito voltada pra questão do enfoque clínico da saúde mental, do diagnóstico e tratamento, baseado em critérios nosológicos do DSM, do CID, de... identificar a doença mental como um conjunto de sintomas que caracterizam a doença. Daí tu vai capacitar o profissional pra identificar aqueles sintomas, tratar aqueles sintomas conforme um protocolo, enquadrar ele numa síndrome e dá o remédio mais apropriado [...]. (P10)

E a capacitação às vezes deixa a desejar, mas do jeito que é, que tem muita demanda, pouco profissional atendendo, e os que tão atendendo muitas vezes não tem nenhuma capacitação pra o básico, pra identificar um quadro depressivo, um quadro psicótico, manejar uma virada maníaca das altas [...]. (P10)

A gente recebeu uma capacitação em saúde mental assim, e eu acho que ainda é deficiente, eu acho que deveria ter sido uma coisa mais abrangente, assim, eu fiz uma semana todas as tardes [...] foi abordado assim, da gente identificar pacientes, para saber dos riscos, alguns encaminhamentos que podiam ser feitos, tipo o PAM 3 [...] eu achei interessante só que eu acho que poderia ser mais aprofundado assim, essa capacitação. (P5)

Observa-se a centralidade das ações dentro do modelo biomédico, com ênfase no aspecto biológico da doença, atentando para os tópicos: sinais, sintomas e medicação. No entanto, acredita-se que tais ações de educação em saúde deveriam ser norteadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, abordando as questões de desenvolvimento de atividades na comunidade e junto à família, e a busca da reinserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Desse modo, as mudanças institucionais voltadas para a inclusão e a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico requerem práticas pautadas em relações que potencializem a criatividade, a autoestima, a autonomia e reduzam progressivamente os efeitos cristalizados pela cultura hospitalocêntrica que prejudica diretamente os usuários e indiretamente os trabalhadores da área (DOS SANTOS, 2007).

De acordo com Mehry (2004, p.2),

todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem que ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática.

Assim, acredita-se que as ações de educação permanente devem buscar o desenvolvimento profissional e pessoal do trabalhador, proporcionar-lhe acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promover mudanças de atitudes no seu processo de trabalho.

Outra questão avaliada nas entrevistas refere-se ao fato de que as capacitações, quando ocorrem, não abrangem todos os profissionais da equipe, tendo que ser escolhido apenas um trabalhador para participar do evento.

[...] as dificuldades que a gente tem aqui é com respeito à capacitação dos profissionais na especialidade de saúde mental [...] agora que surgiu uma capacitação, esse mês agora, pra, capacitação da saúde mental pra médicos, quem vai fazer é o médico, porque tem que ser um médico, e o outro médico tem que ficar aqui na unidade. E12

O trabalho na ESF organiza-se por meio de equipe de multiprofissionais, buscando a responsabilização conjunta, rompendo com olhares verticais e fragmentados de saúde (OLIVEIRA, 2009). Dessa maneira, os programas de educação em serviço devem abranger todos os profissionais da equipe e não apenas um trabalhador, pois as ações na ESF devem ocorrer em parceria, com troca de saberes e fazeres diferentes.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, tem direcionado a atenção para serviços substitutivos ao manicômio, e a ESF, em uma rede de atenção, surge no processo de desinstitucionalização para além do simples ato de desospitalizar, pois as intervenções — acolhida de pessoas em sofrimento psíquico em sua área adscrita — podem possibilitar a construção e a produção do cuidado em liberdade.

E, nesse sentido, o trabalho interdisciplinar e a educação permanente em conjunto ou para todos os integrantes da equipe ESF é fundamental para consolidar e transformar a atenção em saúde. A parceria e a aplicação dos profissionais em compartilhar seus saberes e fazeres são características importantes na organização do trabalho na ESF e na atenção psicossocial.

Os entrevistados reforçam a valorização do diagnóstico para realizar uma atenção além da doença.

Então é melhor tu ter um diagnóstico correto versus um não-diagnóstico, mas quando tu consegue ter um diagnóstico correto, tu pode ir além disso e daí buscar outras coisas mais interessantes, de ver a pessoa como sujeito, de ver a situação da subjetividade, da história de vida, da história familiar, do que que a pessoa, enfim, ir um pouco além dessa coisa mais dura do diagnóstico clínico que nem sempre contempla né [...]. (P10)

Constata-se que permanece a ideia de que, em primeiro lugar, se olhe a doença para depois ampliar as ações de saúde. Assim, a educação permanente pode aparecer como um dispositivo que facilite e propicie a clínica que se quer ampliada, ou seja, além da doença há outras implicações na atenção à saúde que considera aspectos bio-psicossocioculturais, entre outros.

Para o avanço do modelo psicossocial existe a necessidade de orientar as práticas assistenciais para a integralidade da atenção, olhando para além da doença e vendo o sujeito que demanda cuidado à sua saúde em seu contexto de vida.

Eu acho que o desafio disso aí é avançar no sentido do que diz, tipo, a Reforma Psiquiátrica, de tu não centrar o tratamento do doente mental num local isolado da comunidade, não isolar ele do convívio, enfim, tratar ele como uma pessoa plena e não tirá-lo pra louco [...]. (P10)

E ao longo do tempo a gente recebe não todas as informações pra ti colocar uma pessoa na, assim, bem formada e informada na especialidade de saúde mental, mas para ter noção e consciência do funcionamento e como é que as pessoas devem ser com aquele advento da do sistema de tirar o paciente do hospital. Então assim ó, eu vejo um São Pedro perdido, acho, posso estar enganada, foi sendo assim hm... Abandonado ou talvez nunca tenha sido administrado como deveria, uma visão da loucura muito abaixo do que aquilo que ela realmente é, eu vejo o paciente mental de uma outra forma olhando assim daquele jeito que ele merecia, ele merece uma estrutura melhor que contemple as necessidades dele, ele é uma pessoa diferente, ele vive uma loucura! (P1)

Na Unidade ESF Pitoresca, a educação permanente acontece também no cotidiano do serviço, mediante matriciamento e reuniões de equipe semanais, em que são discutidos os casos na presença de todos profissionais da equipe de saúde, professores, alunos da graduação, residentes, estagiários, entre outros.

Nessa perspectiva, frente à necessidade de espaços para que a educação permanente aconteça no cotidiano dos serviços, desenvolveu-se, durante o estágio curricular, um “Projeto de Educação Permanente da Equipe da ESF Pitoresca” (ANEXO D), por se acreditar que as ações de educação permanente devem ocorrer nas discussões das reuniões da ESF, com o matriciamento e com qualquer outra atividade que permita aos profissionais pensarem e discutirem seu trabalho.

Nesse sentido, quando se pensa em educação permanente, pensa-se não apenas em capacitações pontuais e cursos sobre medicalização e aspectos orgânicos das doenças psíquicas, mas também no ensino em serviço como um dispositivo que proporcione transformação, em que a saúde e a saúde mental estejam integradas às várias dimensões da vida educativa, cultural, política, econômica, social e psicológica na comunidade.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico que questiona o modelo de atenção centrado no manicômio, propõe uma reforma social, cultural, ideológica e política e direciona a atenção em saúde mental para o sujeito em sofrimento psíquico em seu território.

Neste estudo, buscou-se analisar a educação permanente na ESF como um dispositivo para a atenção psicossocial a partir da perspectiva dos profissionais. Os profissionais da ESF estudada apontam a necessidade da educação permanente, relacionando-a a grande demanda de usuários com transtornos psiquiátricos que procura o serviço em saúde mental e às dificuldades de acesso à rede de saúde mental, a qual, no município, é pequena e sem articulação.

Dentre as dificuldades relatadas para a atenção em saúde mental na ESF ressalta-se a ideia da necessidade de formação especializada, porque os profissionais relatam dificuldade e insegurança em seu trabalho. Também se referem à importância da educação permanente junto ao ACS, pois é o profissional que conhece a comunidade e identifica as demandas de cuidado em saúde mental, fazendo a articulação entre o serviço e a comunidade.

O estigma social da doença mental é outra questão que também interfere nas ações de saúde mental na ESF estudada e, mediante a discussão do trabalho, busca de matriciamento e ensino no serviço, visualiza-se a educação permanente como dispositivo de trocas e conhecimento que pode desmitificar a loucura.

Os profissionais associam a falta de programas de educação em serviço na área da saúde mental como uma dificuldade no trabalho da ESF, sendo apontada a necessidade de educação permanente como um meio para repensar a prática profissional e as ações no espaço da ESF. Revelam, também, a importância de que a educação permanente ocorra em todas as categorias profissionais da ESF e que seja norteada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, visualiza-se que ações de educação em serviço irão qualificar a atenção em saúde, possibilitando a reorganização do processo de trabalho da equipe, enquanto proposta de aprimoramento e capacitação, por meio de reflexão, discussão e conhecimento das propostas da atenção psicossocial.

Acredita-se que as ações de educação permanente não devem ater-se a cursos e capacitações pontuais sobre aspectos orgânicos das doenças mentais, mas devem ocorrer no cotidiano dos serviços — em reuniões de equipe, discussão de casos e matriciamento. Dessa maneira, a educação permanente poderá propiciar a transformação do processo de trabalho dos profissionais da ESF, para que o modelo psicossocial avance, transforme as ações práticas no cotidiano e propicie que o cuidado em saúde mental seja realizado no espaço do território.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494 jul./set, 1995.

AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 65-76.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica. **Arquivo Ciência e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 52 – 63, jan./mar. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: A Secretaria; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – 4. ed. – Brasília, 2007. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas 2005. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 16 maio, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde:



pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 05 jun 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001. 146p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 22 abril 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental passo a passo**. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1)>. Acesso em: 15 abril, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Informe do grupo de Trabalho do Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

CAMPOS, F. E. de; AGUIAR, R. A. T. de; OLIVEIRA, V. B. de. O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras. **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 47-58, 2002.

CARVALHO, A. M. T. de; AMARANTE, P.. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CAVALHERI, S. C.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. de. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 9-14, 2007.

COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (Org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 113-148.

GUIMARÃES, J; SAEKI, T. Janelas da Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**; v.8, n. 2, p. 357-74, jul/ago. 2001.

LYRA, A. A. M. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57-65, mar./abr. 2007.

MACIEL *et al.* Educação em Saúde na percepção dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 14, n. 2, p. 340 – 46, abril/jun. 2009.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIELKE, F. B.. **Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo**. 140f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

MINAYO, M. C. S **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC. 2008.

MINAYO, M. C. et al. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008, 108 p.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde Mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, jan./jun. 2007.

MORIYA, T. M. **Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem: um estudo do seu desenvolvimento no Brasil**. Ribeirão Preto (SP): Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia- CE. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p.84-93, jan./jun. 2004.

OLIVEIRA, C. P. de. **Intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa**. 2009. 74p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise de pós-graduação “Lato-sensu”**. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interinidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLSCHOWSKY *et al.* – **Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Projeto/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, Ministério da Saúde**. Porto Alegre, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organization of services for mental health**. 2003.74p.

PEREIRA, A. de A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 13-33, mar./abr. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre**, 2008. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=686](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686)>. Acesso em: 21 maio. 2010.

RIBEIRO C.C; RIBEIRO L.A.; OLIVEIRA A.G.B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.548-57 out/dez. 2008.

SANTOS, V. M. G dos. Humanização nos Serviços: experiência voltada à educação permanente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 54-60, jun. 2007.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. de A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trabalho Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, Nov.2007/fev2008.

SOUZA, A. J. F. *et al.* A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2007.

TAVARES, C. M. de M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 287 – 95, abril/jun. 2006.

TAVARES, C. M. de M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 403 – 10, jul./set. 2004.

## **ANEXOS**

**ANEXO A - Carta de Aprovação**

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado**

**ANEXO C – Autorização para utilização dos Dados**

**ANEXO D – Projeto de Educação Permanente da Equipe da ESF Pitoresca**

## ANEXO A - Carta de Aprovação



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

**Número :** 2007817

**Título :** Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

**Pesquisador (es) :**

NOME	PARTICIPAÇÃO	EMAIL	FONE
AGNES OLSCHOWSKY	PESQ RESPONSÁVEL	agnes@portoweb.com.br	33085421
FERNANDA BARRETO MIELKE	PESQUISADOR	fernanda.mielke@ufrgs.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 21 , ata nº 101 , de 28/2/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 5 de março de 2008

  
ILMA SIMONI BRUM DA SILVA  
Coordenador do CEP-UFRGS

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Agnes Osichosky  
**Equipe executora:**  
**Registro do CEP:** 238 - Processo Nº. 001.018615.08.2  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – EST Pitoresca  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

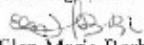
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº.001.018615.08.2, referente ao projeto de pesquisa: “**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA - ESF**” tendo como pesquisador responsável Agnes Osichosky cujo objetivo é “Geral - Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, a partir da inclusão do grupo de interesse no processo avaliativo. Específicos: -Identificar as estratégias do grupo de interesse para implementação de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.-Proporcionar subsídios, a partir do grupo de interesse, para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Fiscal da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 15/05/08

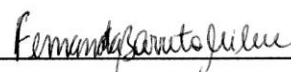
  
 Elen Maria Borbu  
 Coordenadora do CEP

## **ANEXO C – Autorização para utilização dos Dados**

### ***TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE MANIPULAÇÃO DE DADOS DE PESQUISA***

Eu, Fernanda Barreto Mielke, enfermeira, autora da Dissertação de Mestrado intitulada “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo”, após conhecer os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, autorizo, por meio do presente termo, a pesquisadora Camila Coelho de Souza, autora do projeto de pesquisa “A educação permanente: dispositivo para a atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família”, a manipular todo e qualquer dado por mim coletado que se faça necessário para o desenvolvimento de sua pesquisa sem quaisquer ônus a nenhuma das partes.

Porto Alegre, 30 de novembro de 2009.



Fernanda Barreto Mielke

**ANEXO D - Projeto de Educação Permanente da Equipe da ESF Pitoresca**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE GERÊNCIA DISTRITAL  
PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO ESF PITORESCA

**PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE DA ESF  
PITORESCA**

Celeria Maria Rodrigues da Silva

Silvia Rosaria Torres

Agnes Olschowsky

Camila Coelho de Souza

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.



## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo prestar assistência integral às famílias de seu território de abrangência, no âmbito da atenção básica, definida como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2003).

Esse modelo de atenção em saúde tem permitido uma ampliação do cuidado no espaço do território, exigindo dos profissionais de saúde uma constante qualificação do seu fazer cotidiano. Desse modo, é interessante responder à necessidade de aprendizado, uma vez que a educação permanente aparece como um dispositivo facilitador, pois por meio de ações educativas pode propiciar a reflexão das práticas assistenciais.

Para Mehry (2004), a educação em saúde e o trabalho em saúde são termos inseparáveis, pois um produz o outro, com efeitos fundamentais para a construção da competência do trabalhador.

Saupe (2008) salienta a importância da educação permanente para qualificar o processo de trabalho dos profissionais da ESF e as suas novas necessidades como atuação em equipe, gerenciamento, interdisciplinaridade e educação em saúde, assim como a capacitação para a produção de conhecimento na atenção básica.

Nesse sentido, propomos junto à ESF Pitoresca um programa de educação permanente, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL 2003; 2004).

Outro fato importante para a incorporação da educação permanente na rotina do serviço dos profissionais da ESF Pitoresca relaciona-se à inserção de diferentes unidades acadêmicas em diversos níveis, tais como alunos de graduação, programas de residência e programas de pós-graduação, acolhendo estágios e propostas de pesquisas.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Entendemos que uma proposta de educação permanente servirá de fomento e incentivo na qualificação do trabalho desta ESF, pois facilitará a aquisição de conhecimentos, aprimorando a prática assistencial.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Proporcionar à equipe da ESF Pitoresca processos formativos enquanto proposta de aprimoramento e capacitação, qualificando a atenção em saúde.

#### **3.1 ESPECÍFICOS**

- Possibilitar a reorganização do processo de trabalho da equipe;
- Planejar e avaliar grupos e ações em saúde à comunidade;
- Possibilitar o acompanhamento dos projetos de pesquisa sendo realizados na ESF;
- Promover a discussão dos conhecimentos, relacionando às práticas assistenciais.

#### **4 METODOLOGIA**

A atividade será desenvolvida por meio de encontros semanais com duração de duas horas (das 15h às 17h), nas quintas-feiras à tarde, após a reunião de equipe.

A ESF permanecerá fechada durante o turno da tarde. A comunidade já reconhece as tardes de quinta-feira tradicionalmente como um momento de reunião da equipe.

A responsabilidade da organização das atividades da educação permanente será dividida entre os membros da equipe. Do mesmo modo, alguns conteúdos propostos para aprendizagem serão desenvolvidos por convidados.

Os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades serão fornecidos pelos participantes e instituições acadêmicas vinculadas à ESF Pitoresca.

No item cronograma apresentaremos os temas que serão discutidos durante o segundo semestre de 2010.

## 5 CRONOGRAMA

DATA	ASSUNTO
08/07/2010	Acolhimento: Revisão sobre sinais vitais e medidas antropométricas.
15/07/2010	Sinais e sintomas: Doenças do aparelho respiratório.
22/07/2010	Sinais e sintomas: Hipertensão arterial, diabetes mellitus e cefaléia.
29/07/2010	Sinais e sintomas: Doenças do aparelho digestivo.
05/08/2010	Organização dos prontuários.
12/08/2010	Capacitação da equipe para realização de grupos.
19/08/2010	Organização e planejamento de grupos.
26/08/2010	Avaliação da vigilância dos Programas realizados nas equipes da ESF Pitoresca: Hiperdia.
02/09/2010	Planejamento do seminário sobre Violência em 27/11/2010.
09/09/2010	Avaliação da vigilância dos Programas realizados nas equipes da ESF Pitoresca: Pré-nenê.
16/09/2010	Revisão sobre o Programa Nacional de Imunizações – PNI e vacinas.
23/09/2010	Avaliação da vigilância dos Programas realizados nas equipes da ESF Pitoresca: Pré-Natal.
30/09/2010	Acolhimento em saúde mental.
07/10/2010	Avaliação da vigilância dos Programas realizados nas equipes da ESF Pitoresca: Programa Nacional de Suplementação de Ferro.
14/10/2010	Organização da farmácia da unidade de saúde.
21/10/2010	Planejamento de atividades com a comunidade.
28/10/2010	Doenças da pele.
04/11/2010	Doenças Diarréicas.
11/11/2010	Organização de temas e contatos externos para o seminário sobre Violência em 27/10/2010.
18/11/2010	Seminário com psicóloga especialista em violência infantil e abuso sexual.
25/11/2010	Orientações gerais sobre fluxos externos.
02/12/2010	Apresentação das atividades realizadas pelos alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET SAÚDE.
09/12/2010	Apresentação das atividades realizadas pelos residentes da Residência Integrada em Saúde – RIS.
16/12/2010	Organização da unidade de saúde para as atividades natalinas.
23/12/2010	Avaliação do seminário sobre Violência em 27/11/2010 e organização de retorno para a comunidade.
30/12/2010	Avaliação do projeto de educação permanente durante o 2º semestre de 2010 e planejamento sobre os assuntos em pauta para 2011.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: A Secretaria; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 68 p. 2004.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface:** comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2004.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. de A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trabalho Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, Nov.2007/fev2008.