

ARTIGO ORIGINAL

PRIORIDADES TEMÁTICAS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA SAÚDE

THEMATIC PRIORITIES FOR CONTINUING EDUCATION IN MENTAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH WORKERS

HIGHLIGHTS

1. Fragilidades de atuação em redes e cultura de encaminhamento.
2. Despreparo no cuidado humanizado revelou prática médico-centrada.
3. Desconsideração do sofrimento do profissional resulta em desvalorização.
4. Educação pautada nos problemas vivenciados pelos trabalhadores.

Helder de Pádua Lima¹ 
Cynthia Fernanda Teles Machado² 
Ana Carolina Saggin Britto² 
Soraia Geraldo Rozza¹ 
Maria Antonia Ramos Costa³ 
Verusca Soares de Souza¹ 

ABSTRACT

Objective: To find out the thematic priorities for continuing education in mental health from the perspective of workers in the Unified Health System. **Method:** an exploratory and qualitative study was carried out with 37 health workers from a municipality in Mato Grosso do Sul, in September 2022. Data was collected using a self-administered individual questionnaire and a focus group, guided by a semi-structured script of questions. The material was subjected to thematic content analysis. **Results:** The themes 'Humanization in mental health care', 'Mental health in the context of primary care', 'Management of crises', and 'Mental health of health workers and professional valorization' emerged as priorities for continuing education actions in mental health. **Conclusion:** Knowledge of these thematic priorities makes it possible to plan continuing education actions based on the daily problems experienced by health workers.

KEYWORDS: Education; Education Continuing; Health Personnel; Mental Health; Unified Health System.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Lima H de P, Machado CFT, Britto ACS, Rozza SG, Costa MAR, Souza VS de. Thematic priorities for continuing education in mental health from the perspective of health workers. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96154>.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Coxim, Coxim, MS, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil.

³Universidade Estadual do Paraná, Campus Paranavaí, Paranavaí, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o intuito de potencializar ações educacionais que promovessem a reflexão acerca de processos de trabalho, práticas assistenciais e mudanças institucionais¹. Ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) promovem a qualificação assistencial e fortalecem as políticas públicas de humanização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)².

A proposta da EPS se ancora na aprendizagem significativa e se baseia na contextualização das necessidades locais dos trabalhadores da saúde e da população. Trata-se de uma formação dinâmica e participativa voltada para a ampliação de significados acerca do processo saúde-doença e do modo como se lida com ele, por meio do processo de trabalho³.

Na EPS, os trabalhadores da saúde protagonizam o processo educativo que, por sua vez, consiste na educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; participação ampliada; pedagogia da problematização; enfoque estratégico; multidisciplinaridade e interprofissionalidade. Nesse processo, é possível analisar o contexto de trabalho, identificar problemas emergentes, refletir e buscar soluções para as adversidades cotidianas⁴⁻⁵.

A EPS também possibilita a desconstrução de práticas baseadas em modelos instituídos de cuidado centrado no trabalho individualizado, fragmentado e mecanizado. Além disso, configura-se como estratégia para a produção do cuidado integral, visto que sua construção se dá a partir da reflexão de trabalhadores da saúde sobre suas práticas⁶.

No âmbito da saúde mental, processos formativos tradicionais não alcançam a complexidade dos desafios cotidianos da clínica nos serviços, do movimento de Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial, compreendida como um modelo inovador que tem como focos: o cuidado em liberdade, o trabalho comunitário e territorial, a reinserção social, a autonomia e o exercício de direitos. A EPS emerge como estratégia que viabiliza a reflexão e a produção de um cuidado em saúde mental pautado nesses valores⁷⁻⁸.

A literatura científica continua escassa de produções que abordem prioridades para a EPS no campo da saúde mental, sobretudo em municípios brasileiros de pequeno porte. Esses territórios enfrentam desafios como falta de pessoal qualificado e pouco envolvimento profissional em ações de saúde mental nos serviços e, em particular, na atenção primária à saúde. Nesses cenários, ações de EPS promoveriam discussões sobre a atenção psicossocial, repercutindo em desnaturalizações de conceitos e práticas hegemônicas no âmbito da saúde mental e favorecendo o acolhimento e a escuta qualificada^{3,9}.

Com base no exposto, é essencial direcionar o olhar para as prioridades de educação permanente em saúde mental sob a ótica de trabalhadores do SUS atuantes em municípios de pequeno porte. A experiência dos autores como docentes e pesquisadores, comprometidos com o fortalecimento do SUS e com a formação de trabalhadores da saúde, motivou a realização deste estudo, o qual partiu do seguinte questionamento: que temáticas relativas à saúde mental emergem como prioritárias para a EPS na perspectiva de trabalhadores do SUS?

O presente estudo objetivou conhecer as prioridades temáticas para a educação permanente em saúde mental na perspectiva de trabalhadores do SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo pautado nos critérios para relatórios de estudos qualitativos, presentes na lista de verificação COREQ — *Consolidated criteria for reporting qualitative research*. Foi realizado em um município de pequeno porte localizado no centro-oeste brasileiro, polo de uma das 11 microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul e sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) se encontra organizada em níveis de atenção: a atenção primária se encontrava composta por sete Unidades de Saúde da Família (USF) e uma Unidade de Saúde Prisional; a atenção secundária, por três serviços de atendimento especializado; e a atenção terciária, por um Hospital e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O referido município não possuía Núcleo ou Setor responsável por ações de EPS, sendo que essas ações ocorriam por iniciativas pontuais dos gestores.

Havia 494 trabalhadores atuantes na RAS. A seleção dos participantes foi por conveniência, buscando-se atender à representação de, ao menos, um profissional por serviço de saúde, respeitando-se os critérios de inclusão: ser profissional atuante na RAS indiferente ao nível de formação, do cargo e tempo de atuação profissional; e de exclusão: estar afastado por qualquer motivo.

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2022 por meio de grupo focal e questionário individual autoaplicável, ambos elaborados pelos pesquisadores. No grupo focal, foi utilizado um roteiro semiestruturado que continha as seguintes questões: 'Que temas você considera prioritários a serem abordados em ações de EPS?', 'Quais suas principais dúvidas no tocante aos temas prioritários citados anteriormente?', 'Como as situações relativas aos temas prioritários citados permeiam sua prática profissional e como são conduzidas essas situações?'. Com base nas questões norteadoras abrangentes, as temáticas emergiram a partir das respostas dos profissionais de saúde, destacando-se as relacionadas à saúde mental.

Os grupos focais aconteceram em três dias, cada um destinado a um nível de atenção, e o questionário foi aplicado no início de cada grupo focal. Participaram 37 trabalhadores da saúde, sendo 15 atuantes na atenção primária, 11 na atenção secundária e 11 na atenção terciária. Ademais, dois pesquisadores mediarão o grupo focal, acompanhados de mais três pesquisadores responsáveis pelas observações. Os encontros aconteceram em sala de reunião cedida pela Secretaria de Saúde do município. A média de duração de tempo de aplicação do questionário foi de cinco minutos e a de realização dos grupos focais foi de cento e cinquenta minutos.

As narrativas dos participantes no grupo focal foram registradas em gravadores digitais, permitindo posteriormente a transcrição dos achados. As transcrições foram realizadas utilizando documento eletrônico e validadas por um segundo pesquisador e mantidas sob posse dos pesquisadores, visando garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes. O material foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática, com o intuito de identificar unidades de sentido e agrupá-las em categorias temáticas¹⁰. Nesse sentido, a análise aconteceu em três fases conforme o referencial: pré-análise; exploração do material e a categorização dos dados. Utilizaram-se como base conceitual constructos teóricos de 'políticas públicas de saúde' e de 'atenção psicossocial', além de textos científicos que abordam a temática em estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer n.º 5.472.063/2022. Para garantir o anonimato dos participantes, as citações utilizadas foram identificadas com a descrição do nível de atenção à saúde no qual o trabalhador atuava na RAS.

RESULTADOS

Os participantes do estudo tinham uma média de idade de 39,3 anos; a idade variou entre 19 e 64 anos, sendo 30 do sexo feminino e sete do masculino. Dos participantes, 15 atuavam na atenção primária (USF, Unidade de Saúde Prisional, Centro de Especialidades Odontológicas, Academia da Saúde, Centro de Controle de Vetores), 11 na atenção secundária (Serviço Ambulatorial Especializado, Policlínica e Centro de Atenção Psicossocial — CAPS) e 11 na atenção terciária (Hospital e SAMU).

Sete participantes desempenhavam funções relacionadas à gestão de serviços de saúde (direção, coordenação e gerência administrativa); 24 atuavam na assistência à saúde dos usuários (agente comunitário de saúde, auxiliar de saúde bucal, assistente social, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, médico, nutricionista, psicólogo, recepcionista, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem); e seis realizavam funções de apoio (recepção, cozinha, higienização e auxílio administrativo). O menor tempo de atuação na RAS foi de dois meses e o maior, de vinte e dois anos.

Conforme o Quadro 1, foram registradas 13 unidades de sentido das quais emergiram quatro categorias temáticas relativas às prioridades temáticas de EPS no campo da saúde mental:

Quadro 1 - Unidades de sentido e categorias temáticas emergentes a partir da análise de conteúdo. Campo Grande, MS, Brasil, 2023

	Unidades de sentido	Categorias temáticas
Prioridades temáticas para a educação permanente em saúde mental	Reconhecimento da legitimidade e singularidade das necessidades de saúde da pessoa em sofrimento psíquico	Humanização no cuidado em saúde mental
	Preparo profissional para a oferta do cuidado humanizado	
	Sensibilização dos trabalhadores da saúde para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico	
	Articulação entre serviços de saúde da rede de atenção psicossocial	
	Corresponsabilidade dos trabalhadores da saúde no trabalho em rede	Saúde mental no contexto da atenção primária
	Possibilidades de ações de cuidado em saúde mental no território	
	Articulação entre atenção primária e demais níveis de atenção no cuidado em saúde mental	
	Matriciamento como estratégia promotora de articulação e integração interprofissional	
	Envolvimento de trabalhadores da atenção primária à saúde no cuidado em saúde mental	
	Estigmas de trabalhadores da saúde acerca da pessoa em situação de crise	
Intervenções comuns no manejo de situações de crise e responsabilidade pelo cuidado		

Prioridades temáticas para a educação permanente em saúde mental	Sofrimento e adoecimento psíquico de trabalhadores da saúde Relevância e escassez de ações de valorização profissional e de educação permanente em saúde	Saúde mental do trabalhador da saúde e valorização profissional
------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Fonte: Os autores (2023).

Humanização no cuidado em saúde mental

As narrativas dos participantes revelaram a humanização no cuidado em saúde mental como temática relevante para ações de EPS. Percebeu-se a necessidade de maior envolvimento e implicação dos trabalhadores de saúde com o cuidado em saúde mental e no acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico:

Falta muito esse acolhimento dos companheiros de trabalho. A coordenação dá todo o apoio, mas tem que ser feita alguma coisa em relação aos colegas de trabalho, fazer esse acolhimento melhor, envolver-se mais. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

Trechos de relatos denotaram a desvalorização de queixas e angústias de pessoas em sofrimento psíquico como motivo suficiente para o recebimento de um cuidado humanizado, ou seja, a dificuldade em reconhecer a legitimidade das necessidades de saúde trazidas por esses usuários:

A maioria das pessoas que não tem esse problema [sofrimento psíquico] não sabe lidar com isso, não tem paciência. Falta mais acolhimento das pessoas em volta, tanto profissionalmente como no meio familiar. Acham que é brincadeira, que está querendo pegar atestado ou que não tem nada. Vejo muito isso. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

Algumas narrativas sugeriram dificuldades na realização do acolhimento, da escuta qualificada e da comunicação terapêutica, isso contribuía para recorrer à prescrição medicamentosa e à contenção física como práticas de cuidado em saúde mental:

Não tem profissionais com esse olhar [humanizado]. Mesmo na nossa parte de conter e fazer a medicação. Médicos que prescrevem as medicações também ficam meio perdidos. Eles não são preparados para essa parte psiquiátrica de atender a esses pacientes [de forma humanizada]. (Trabalhador da atenção terciária à saúde)

Menções à falta de articulação entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção, importante elemento para a humanização e integralidade no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, também surgiram nos relatos dos participantes, revelando fragilidades na atuação dos trabalhadores nas perspectivas de rede e de corresponsabilização:

Chega a demanda e nem entendo que aquilo também é responsabilidade minha. Já acho que é de responsabilidade do outro. Nem acolhi, nem fiz a escuta, desconheço o fluxo da rede. Eu posso atender um paciente desse na atenção primária? Posso! Mas o que eu tenho que saber para acolher bem, escutar essa pessoa? (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Algumas narrativas evidenciaram que a insegurança e a falta de envolvimento dos trabalhadores da saúde para a oferta do cuidado em saúde mental promoviam a cultura do encaminhamento de pessoas, por vezes realizado de forma desnecessária:

Se você consegue ser resolutivo ali, você consegue não levar sem necessidade para um setor secundário, num hospital. É comum, por falta de entender como fazer esse manejo, simplesmente agir com base no toma que o filho é teu. Nossa USF fica do lado do CAPS e é rotineiro a gente encaminhar [a pessoa em sofrimento psíquico] ao CAPS. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Saúde mental no contexto da atenção primária

Os relatos revelaram a necessidade de desenvolvimento de ações de EPS sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária e com articulação entre os demais níveis de atenção em saúde. O apoio matricial emergiu como uma estratégia de EPS promotora de integração entre profissionais de diferentes categorias e especialidades, produção coletiva de saberes e possibilidades de cuidado em saúde mental:

Devemos ser resolutivos no matriciamento, que carece demais. Sinto falta de encontros rotineiros com psiquiatra, psicólogo para abordar essa questão do fluxo, discutir um caso mais complexo e a gente tenta ter capacitação para resolver. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Apesar de reconhecerem a relevância do apoio matricial para a articulação entre saúde mental e atenção primária à saúde e para a formação dos trabalhadores da saúde em geral, os participantes destacaram a descontinuidade no desenvolvimento dessa ação de EPS:

Começou-se a fazer um negócio de matriciamento. O CAPS começou a fazer esse trabalho nas USF, só que acabou não dando seguimento. Todos os profissionais da USF têm que saber como manejar uma situação dessas, até para saber se para aquilo ali cabe alguma intervenção dele ou não. Essa questão de ter um matriciamento é importantíssima. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Nas narrativas foi mencionada a necessidade de maior envolvimento de trabalhadores da atenção primária à saúde no cuidado em saúde mental no seu território, em especial dos agentes comunitários de saúde, considerando sua proximidade e conhecimento do território no qual habita a pessoa em sofrimento psíquico:

Posso [na atenção primária à saúde] detectar um transtorno depressivo, com a ajuda de agentes comunitários de saúde que estejam na casa do paciente, resolver aquilo e não só ficar nessa de só pegar a atenção secundária para isso. Sinto falta do matriciamento que já vi em outros locais e aqui ainda não vi. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

Manejo de situações de crise

O manejo de situações de crise emergiu como temática envolta em dúvidas e desconhecimento, levando a considerá-la outra prioridade em ações de EPS:

No manejo em situação de surtos psicóticos eu praticamente não tenho como dar exemplo pois nunca tive uma situação dessas. Não tem esses casos, quer dizer, tem e não tem. Quando surgem os casos surgem as dúvidas. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

Percebeu-se a necessidade de desenvolvimento de ações de EPS que promovessem o conhecimento e a reflexão sobre as práticas desenvolvidas em situações de crise e a expressão de sentimentos vivenciados nessas ocasiões. O estigma da periculosidade sobre a pessoa em situação de crise também pareceu interferir nas atitudes dos trabalhadores, dificultando ou impossibilitando o acolhimento e a escuta do usuário:

O hospital é uma passagem. O paciente fica dias para conter sua fúria, depois eles ficam bonzinhos. Esses dias, teve uma [pessoa em situação de crise] na recepção que o marido não conseguiu segurar. Acho que deveria ter acolhido ela, tentado acalmar. O pessoal ficou meio perdido, não sabia o que fazer. Conversei com ela. Acho que faltou um pouco de conversa com ela, ela queria falar, mas a gente nem a ouviu. Pegou e já levou. Acho que faltou um pouco de acolhimento. (Trabalhador da atenção terciária à saúde)

Nas narrativas dos participantes, o manejo de situações de crise emergiu como responsabilidade das equipes médica e de enfermagem, sendo a contenção física e a prescrição medicamentosa as intervenções mais recorrentes nessas ocasiões. Essas condutas eram vivenciadas no cotidiano naturalmente, com pouca reflexão e sem diálogo com profissionais de outras formações e especialidades:

Ele [pessoa em situação de crise] quebrará todo mundo e o hospital. Fez a contenção, o médico não tem como saber essa situação. Quando surgirem os casos, como proceder com esse paciente? Como conter? A gente liga para o CAPS, a médica manda esse paciente em surto. Às vezes, ela prescreve as medicações para o médico aqui [no hospital] seguir ou ele faz as medicações que subentende que vão aquietar o paciente no pronto-socorro. Mas a gente não tem aquela situação de tratar aquele paciente. (Trabalhador da atenção terciária à saúde)

Em alguns relatos, foi mencionada a importância do acolhimento, da escuta e do diálogo com a pessoa em situação de crise embora o modo de executá-los fosse permeado por dúvidas e desafios:

Primeiramente, tentar acalmar o paciente, saber o que está acontecendo, ver se ele consegue ter um diálogo com você, planejar uma forma de acolher conversando. O principal é isso, para saber como proceder. É mais difícil da gente agir, a gente tem que pensar muito, tem que ser muito forte. Não tendo essa solução, aciona o suporte, liga para o SAMU para tentar. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Saúde mental do trabalhador da saúde e valorização profissional

As narrativas dos participantes continham ainda referências às condições de trabalho, ao sofrimento psíquico vivenciado pelos trabalhadores da saúde e às estratégias utilizadas no cuidado com a própria saúde mental. Também houve menção ao descaso diante das angústias e sofrimento psíquico produzidos pelo próprio trabalho:

Falta saúde mental. Os funcionários estão pirados [risadas]. Todo mundo toma sertralina para aguentar o rojão. A gente escuta piadinha: 'Está reclamando do trabalho? Dá lugar para outro!'. O servidor que dedicou a vida inteira ali é descartável pelos próprios

colegas de trabalho. Deveriam pensar que uma hora pode ser eles. Vejo muito isso no meu setor. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

Trechos de relatos sugeriram possíveis causas de sofrimento e de adoecimento psíquico entre os trabalhadores da saúde, relacionadas aos contextos laboral, social e familiar. Esses aspectos envolvendo a saúde mental dos trabalhadores da saúde poderiam ser abordados em ações de EPS:

Noto no dia a dia essa parte do psicológico, desse problema que a gente [trabalhadores da saúde] está tendo de saúde mental. Principalmente com a pandemia [de Covid-19]. Aumentou tanto de um jeito. Muita gente doente no nosso meio de trabalho. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

A ausência de ações de valorização dos trabalhadores da saúde foi outro aspecto presente nas narrativas, tanto por iniciativa da esfera da gestão como por parte dos próprios trabalhadores. Os participantes também mencionaram a possibilidade de comprometimento do desempenho no trabalho diante dessa lacuna:

Estamos numa rotina tão tensa e ninguém reconhece o que a gente faz. A gestão tem um pouco de não reconhecer o profissional. Se o bom profissional não é reconhecido, ele se sente desvalorizado e começa a decair. Isso que está sendo realizado aqui serve de uma forma de reconhecimento da importância que se tem, do modo como se trabalha. (Trabalhador da atenção primária à saúde)

Por fim, os participantes ressaltaram a relevância e a necessidade de ações de EPS de caráter democrático e participativo, que dessem visibilidade às experiências dos trabalhadores da saúde, possibilitassem o diálogo e o fortalecimento coletivo e promovessem a reflexão e o conhecimento para a ação nos serviços de saúde:

Nesses encontros há troca de experiências. A gente está tão incutida no nosso setor que acha que o mundo é só aquilo e não percebe as nuances dos outros locais. São situações que trazem o entendimento de coisas que não passamos, mas que podemos passar e, agora, saber lidar. Transmitimos o que temos de informação e o colega também. Perceber o ponto de vista de cada um. Cada realidade difere. Médico, enfermeiro, pessoal da recepção. Cada um trazendo um ponto de vista para tentar trabalhar pontos comuns. É produtivo. (Trabalhador da atenção secundária à saúde)

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo corroboram investigações que indicam a necessidade de ações de EPS sobre a humanização no cuidado em saúde mental. Trabalhadores da saúde ainda precisam de formação para a responsabilização pelo cuidado em saúde mental, além de práticas integradas e articuladas que se distanciem do modelo manicomial e da psiquiatria tradicional, possibilitando o acolhimento, a relação terapêutica e a expressão subjetiva da pessoa em sofrimento psíquico¹¹⁻¹².

Também são imprescindíveis ações de EPS que sensibilizem esses trabalhadores quanto à legitimidade e à singularidade das necessidades de saúde da pessoa em sofrimento psíquico. A atuação como agente de cuidado de outrem é complexa e exige

de trabalhadores da saúde o acolhimento, a alteridade, ao mesmo tempo, em que se lida com os próprios desejos e os incômodos causados no relacionamento com o diferente¹³.

Para que ações de EPS transformem o cuidado em saúde mental, é preciso que discussões e reflexões sensibilizem e façam sentido para os trabalhadores da saúde. Esse processo inclui problematizações sobre a realidade vivenciada; uso de conceitos, termos e nomenclaturas adotados por esses indivíduos; e oportunidade de partilha de medos e inseguranças na perspectiva de construir coletivamente conhecimentos e modos de enfrentamento para as situações³.

Outra temática que despontou como prioritária para ações de EPS foi a saúde mental no contexto da atenção primária, coincidindo com um estudo no qual os trabalhadores da saúde consideraram a atenção primária como cenário privilegiado para um cuidado substitutivo ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e reducionista. Os princípios e as características da atenção primária alocam seus trabalhadores como peças fundamentais para a mudança no cuidado em saúde mental, exigindo sensibilidade, discussão de estigmas e preconceitos, e atuação intersetorial e interdisciplinar¹⁴.

A inclusão de ações de cuidado em saúde mental na atenção primária ainda se mostra desafiadora e enfrenta barreiras nos níveis local e nacional. No âmbito local, destacam-se dificuldades relacionadas à: atuação em equipe, resistências na discussão e manejo de casos, sentimentos de incapacidade em lidar com demandas de saúde mental, fragilidades na qualificação para o acolhimento, condutas biologicistas, uso recorrente e desmedido do encaminhamento para outros serviços e escassez de ações de EPS sobre o cuidado integral em saúde. No contexto nacional, ressaltam-se as tentativas recentes de desmonte de políticas públicas de saúde e de saúde mental no que concerne ao subfinanciamento e ao retrocesso à perspectiva manicomial^{3,9,12}.

A articulação entre atenção primária à saúde e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se revela fragmentada e escassa de ações intersetoriais, fato que pode contribuir para o estigma, a institucionalização e o funcionamento na lógica manicomial. Ações de EPS podem gerar processos reflexivos sobre o cuidado em saúde mental na comunidade que produzam maior engajamento, vínculo e responsabilização dos trabalhadores da atenção primária à saúde, incluindo: agentes comunitários de saúde no cuidado integral da pessoa em sofrimento psíquico e da família; e na articulação entre serviços da RAS e da RAPS^{4,15}.

Ações de EPS voltadas para a problematização das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, no âmbito da atenção primária, poderiam ser o ponto de partida para trabalhadores da saúde se aproximarem e se apropriarem de conhecimentos e tecnologias desenvolvidas e disponibilizadas no âmbito do SUS para a prática cotidiana. O estabelecimento de linhas de cuidado que integram distintos pontos de atenção, assim como a definição de tecnologias leves e modos de organização das práticas das equipes multiprofissionais de saúde, podem ser objeto das ações de EPS¹⁶.

Apesar de os participantes do estudo terem reconhecido a relevância do apoio matricial em saúde mental, tem-se que: trabalhadores da saúde ainda apresentam dificuldades e resistências em conceber a atenção primária como porta de entrada e ordenadora da RAPS, entender que a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental não recai apenas sobre psicólogos e psiquiatras, e tornar o matriciamento uma prática regular no cotidiano^{9,14}.

O apoio matricial em saúde mental como estratégia de EPS consiste em um modo de produzir saúde no qual equipes propõem intervenções pedagógico-terapêuticas para casos escolhidos, em uma construção dialógica e compartilhada. Esse modelo pode aumentar

a corresponsabilização pelo cuidado e proporcionar maior segurança para a atuação dos trabalhadores da saúde no manejo de casos que envolvem elementos da saúde mental¹⁷.

O cuidado em saúde na atenção primária exige relações terapêuticas e interdisciplinares entre os profissionais, visando à abordagem holística e à prática colaborativa, considerando a pessoa em sofrimento psíquico e sua família como membros da equipe em saúde. Para tanto, são necessárias mudanças no trabalho e na formação em saúde, com a ampliação da abrangência epistemológica e política do campo de saberes e práticas profissionais. A formação interdisciplinar em saúde propicia a convivência e a partilha entre áreas diferentes, além de produzir uma sensação de pertencimento, possibilitando o diálogo entre as áreas do saber¹⁸.

No âmbito da EPS, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) desponta como abordagem prioritária a ser incorporada formalmente para o fortalecimento do SUS. A EIP consiste em uma intervenção na qual trabalhadores de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto e de forma interativa, visando melhorar a colaboração interprofissional. Essa estratégia se encontra em consonância com os elementos constituintes do SUS, sobretudo no modelo de atenção centrado na atenção primária à saúde, que incorpora a atuação compartilhada entre diferentes profissionais em equipes¹⁹.

O cuidado ancorado na humanização, interprofissionalidade colaborativa e centrado na pessoa também pode ser incorporado no processo de trabalho dos serviços de saúde com a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de um dos pilares da clínica ampliada, o qual busca o desenvolvimento de práticas descentralizadas da doença e proporciona a aproximação do profissional de saúde de cada usuário/família. O PTS consiste em um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, executadas através do trabalho interdisciplinar e do matriciamento²⁰.

Os achados evidenciam o manejo de situações de crise como outro tema prioritário para ações de EPS. A literatura científica aponta que pessoas em situação de crise são frequentemente estigmatizadas e têm outras necessidades de saúde negligenciadas. Mitos e preconceitos que permeiam as práticas dos trabalhadores de saúde atuantes junto a esses usuários podem contribuir para uma assistência fragmentada e sem o devido acolhimento²¹.

Sentimentos de medo e desconforto em trabalhadores da saúde diante da pessoa em situação de crise decorrem, por exemplo, de estereótipos de periculosidade e violência que ainda nutrem o imaginário social associado à figura desse usuário. Trabalhadores da saúde sem o devido preparo para o manejo de situações de crise podem ser influenciados por essa percepção, reverberando negativamente no cuidado ofertado²².

Estratégias educacionais que abordem práticas exitosas de desinstitucionalização podem colaborar para o enfrentamento do estigma da periculosidade. Dentre essas práticas, a oportunidade de ouvir e dialogar com a pessoa em sofrimento psíquico em circunstâncias que não a reduzam ao seu diagnóstico, pode fomentar a solidariedade, o respeito às diferenças e a diminuição da distância social e da crença na necessidade de cuidados restritivos²³.

O estudo revelou que o manejo de situações de crises ainda se mantinha como responsabilidade das equipes médica e de enfermagem, com pouca discussão em equipe em espaços coletivos. O foco na medicalização denota o teor médico-hegemônico das decisões tomadas pelos profissionais envolvidos nessas ocasiões e a necessidade de superação desse cuidado fragmentado por meio de intervenções amplas e fundamentadas nos saberes dos diversos trabalhadores atuantes nesse contexto¹².

O estigma e o preconceito, aliados às fragilidades na formação profissional no contexto da saúde mental, são responsáveis pela reprodução da cultura do encaminhamento e da não escuta das demandas de saúde mental dos usuários. Trabalhadores da saúde alocam frequentemente o sujeito em sofrimento psíquico como objeto da clínica psiquiátrica e de seus profissionais, desconsiderando sua singularidade e o cuidado integral. Esse cenário reacende a discussão sobre a necessidade de reformulação dos projetos político-pedagógicos e currículos das escolas de saúde, com a inclusão da saúde mental na formação dos profissionais de saúde²⁴.

Aponta-se também a necessidade de institucionalizar a integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na formação profissional, o que poderia colaborar para a efetivação de currículos que valorizassem o cuidado humanizado em saúde, centrado no sujeito e na autonomia, e promovessem a integralidade na atenção e no cuidado em saúde enquanto princípio e direito. Conteúdos referentes às PICS poderiam ser inseridos nos planos de ensino de diferentes disciplinas de cursos de graduação, de modo a preparar profissionais da saúde capazes de lidar com as demandas e os desafios específicos da saúde mental²⁵.

A literatura científica evidencia a utilização das PICS como estratégia de cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, alinhada ao modelo de atenção psicossocial, podendo constituir uma proposta de redirecionamento das práticas de cuidado em saúde mental. Considerando a necessidade de compreensão do sujeito em sofrimento psíquico em sua integralidade, as PICS podem se configurar como eixo estruturante do cuidado em saúde mental, em especial nos serviços de atenção primária em saúde²⁶.

Também se revelaram prementes ações de EPS que deem visibilidade às experiências dos trabalhadores, incluindo as angústias produzidas pelo próprio trabalho. Esses indivíduos têm sido historicamente desvalorizados enquanto trabalhadores do SUS, sendo continuamente responsabilizados pela resolutividade dos serviços, ao mesmo tempo, em que lidam com adversidades. Nas ações de EPS poderia haver espaço para acolhimento, trocas afetivas, escuta e cuidado voltado para esses trabalhadores³⁻⁴.

Essas ações de EPS também poderiam incluir rodas de terapia comunitária, massoterapia, arteterapia, jogos, passeios em parques, piqueniques e comemoração de aniversários. Momentos como esses, de autocuidado e trocas afetivas, podem impactar positivamente na prática laboral de trabalhadores da saúde²⁷.

Embora limitado a uma realidade específica de trabalhadores dos três níveis de atenção, o método utilizado no presente estudo não almeja a generalização dos achados, os quais representam um produto do contexto investigado, incluindo sua dinâmica e interação entre os participantes.

CONCLUSÃO

A humanização no cuidado em saúde mental, a saúde mental no contexto da atenção primária, o manejo de situações de crise e a saúde mental do trabalhador da saúde e a valorização profissional despontaram como temáticas prioritárias a serem abordadas em ações de EPS. O conhecimento sobre essas prioridades temáticas representa um primeiro e importante passo no planejamento e desenvolvimento de ações de EPS alinhadas às problemáticas vivenciadas pelos trabalhadores da saúde, e na realização de futuras pesquisas científicas.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Código de Financiamento 001 e da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde — PPSUS, mediante apoio financeiro do Decit/SCTIE/MS, por intermédio do CNPq, da FUNDECT e da SES-MS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. 2004 [cited 2023 June 11]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
2. Rocha DG, Bragé EG, Ribeiro LS, Ramos DB, Vrech LR, Lacchini AJB. (Des)construções de conhecimentos na saúde mental por meio da educação permanente em enfermagem. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2020 [cited 2023 July 10]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3393>
3. Rezio LA, Conciani ME, Queiroz MA. The process of facilitating permanent education in health for mental health education in primary health care. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2020 [cited 2023 June 23]; 24:e200113. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200113>
4. Faria DLS, Ferreira Neto JL, Silva KL, Modena CM. Permanent health education: narrative of the mental health workers of Betim/Minas Gerais. *Physis*. [Internet]. 2021 [cited 2023 May 30]; 31(02). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310202>
5. Medeiros BG, Medeiros NSB, Pinto TR. Permanent education in mental health: the suicide on the health care agenda of community health agents. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr. 19]; 15(2). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200011&lng=pt&nrm=iso
6. Sousa FMS, Severo AKS, Silva AV, Amorim AKMA. Interprofessional education and permanent health education as a strategy for building comprehensive care in the psychosocial care network. *Physis*. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20]; 30(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300111>
7. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional socio-clinic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2019 [cited 2023 June 05]; 27:e3204. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3217.3204>
8. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Training and permanent education in mental health under deinstitutionalization's perspective (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2023 July 11]; 28(3/4). Available from: <https://doi.org/10.51723/ccs.v28i03/04.277>
9. Figueiredo EBG, Macedo JP, Carvalho DM, Magalhães MA. Mental health observatory as a device of permanent education in primary. *Rev. APS*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 19]; 24(3). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.15653>
10. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Heal*. [Internet]. 2019 [cited 2023 July 05]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
11. Lima DWC, Paixão AKR, Bezerra KP, Freitas RJM, Azevedo LDS, Morais FRR. Humanization in mental health care: nurses' understandings. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 21]; 17(1). Available from: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2021.164401>

12. Rézio LA, Ceccim RB, Silva AKL, Cebalho MTO, Borges FA. Dramatization as a device for permanent education in mental health: an intervention-research. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 13]; 26:e210579. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210579>
13. Barboza RP, Palombini AL. Laugh-clinic interventions: between clowns and workers on permanent education in mental health. *Fractal, Rev Psicol*. [Internet]. 2022 [cited 2023 June 30]; 34:e5783. Available from: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5783>
14. Calheiros MNTR, Wyszomirska RMAF, Omena KVM, Calheiros DS. Permanent education in the field of mental health and the physician working in primary care. *Rev. APS*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 17]; 25(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35362>
15. Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Permanent education in health: innovative experiences in mental health in primary health care. *Saúde Debate*. [Internet]. 2020 [cited 2023 June 23]; 44(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [Internet]. [cited 2023 June 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf
17. Garcia GDV, Jeronymo DVZ, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2023 July 11]; 73(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>
18. Marchetti MA, Toso BFG, Marques FRB, Nascimento FGP, Pontes ECD, Mandetta MA. Interdisciplinary training for the Family approach in primary healthcare. *Texto contexto enferm*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr. 30]; 32:e20220178. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0178en>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [Internet]. [cited 2024 Apr. 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
20. Guimarães ACR, Pereira QLC, Ferreira AB. Implementation of the singular therapeutic plan in primary care: strengths and potential obstacles. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr. 30]; 12(10). Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43341>
21. Sousa MXS, Oliveira ALPM, Costa AIP, Moura MCOF, Almeida LMN, Marinelli NP. Continuing education with community health agents: difficulties in identifying, welcoming and caring for users with mental health disorders. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 20]; 10(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19361>
22. Rios AS, Carvalho LC. Permanent education in mental health: perception of the nursing team. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 20]; 15:e245715. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245715>
23. Ferreira MS, Carvalho MCA. Education to face the stigma: An educational intervention with nursing students. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Internet]. 2020 [cited 2023 June 30]; 23(15-22). Available from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0268>
24. Reinaldo MAS, Sousa GS, Silveira BV. Psychiatric nursing, mental health and the national curriculum guidelines for the undergraduate nursing course. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr. 29]; 17(3). Available from: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632>

25. Sousa LA de, Salim NR, Fumincelli L, Teixeira IM de C. Complementary therapies in education, community extension and research in nursing. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr. 30]; 74(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0449>
26. Muricy AL, Cortes HM, Antonacci MH, Pinho PH, Cordeiro RC. Implementation of mental health care with the CIHP approach in primary care. *Rev. APS.* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr. 30]; 25(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35392>
27. Silva MRX, Lima ACP, Lira ALS, Souza CAB, Santos IBN, Silva NR. Espaço Estamira: an innovative experience in continuing education with mental health residents. *Rev. Baiana Saúde Pública (Online).* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 26]; 45(4), Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3382>

PRIORIDADES TEMÁTICAS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA SAÚDE

RESUMO:

Objetivo: conhecer as prioridades temáticas para a educação permanente em saúde mental na perspectiva de trabalhadores do Sistema Único de Saúde. **Método:** estudo exploratório e qualitativo realizado com 37 trabalhadores da saúde de um município de Mato Grosso do Sul, em setembro de 2022. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário individual autoaplicável e de grupo focal, norteado por um roteiro semiestruturado de perguntas. O material foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** As temáticas 'Humanização no cuidado em saúde mental', 'Saúde mental no contexto da atenção primária', 'Manejo de situações de crise' e 'Saúde mental do trabalhador da saúde e valorização profissional' despontaram como prioritárias para ações de educação permanente em saúde mental. **Conclusão:** o conhecimento acerca dessas prioridades temáticas possibilita planejar ações de educação permanente pautadas nas problemáticas cotidianas vivenciadas pelos trabalhadores da saúde. **DESCRIPTORIOS:** Educação; Educação Continuada; Pessoal de Saúde; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

PRIORIDADES TEMÁTICAS PARA LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

RESUMEN:

Objetivo: donocer las prioridades temáticas para la educación continuada en salud mental desde la perspectiva de los trabajadores del Sistema Único de Salud. **Método:** estudio exploratorio y cualitativo realizado con 37 trabajadores de la salud de un municipio de Mato Grosso do Sul, en septiembre de 2022. Los datos se recogieron mediante un cuestionario individual autoadministrado y un grupo focal guiado por un guión semiestruturado de preguntas. El material fue sometido a análisis de contenido temático. **Resultados:** Los temas 'Humanización en la atención a la salud mental', 'Salud mental en el contexto de la atención primaria', 'Gestión de situaciones de crisis' y 'Salud mental del personal sanitario y valorización profesional' emergieron como prioritarios para las acciones de educación permanente en salud mental. **Conclusión:** El conocimiento de estas prioridades temáticas permite planificar acciones de formación continua basadas en los problemas cotidianos que experimentan los trabajadores de la salud. **DESCRIPTORIOS:** Educación; Educación Continua; Personal de Salud; Salud Mental; Sistema Único de Salud.

Recebido em: 21/08/2023

Aprovado em: 01/06/2024

Editora associada: Dra. Cremilde Radovanovic

Autor Correspondente:

Verusca Soares de Souza

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Av. Márcio Lima Nandes, s/n, Coxim - MS

E-mail: verusca.souza@ufms.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Lima H de P, Souza VS de**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Lima H de P, Machado CFT, Britto ACS, Rozza SG, Costa MAR, Souza VS de**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Lima H de P, Souza VS de**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).