

Formação dos profissionais de saúde mental para o contexto do Sistema Único de Saúde: compromisso político e humanístico

Training of mental health professionals in the context of the Unified Health System: political and humanistic commitment

Ana Carolina Cerqueira Medrado¹

Resumo: O artigo objetiva identificar na literatura problemas relacionados à formação dos profissionais de saúde mental para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como mapear políticas de educação em saúde que busquem solucionar tal problemática, enfatizando o campo da saúde mental. Para tanto, foi feita uma revisão bibliográfica considerando referências da área e documentos oficiais como leis, decretos e portarias. Realizou-se uma retomada histórica da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que tiveram como repercussão o SUS e a política de saúde mental em voga no país, respectivamente, visando elucidar as bases ideológicas dos dois movimentos. O texto discorre brevemente sobre as principais problemáticas da formação em saúde no Brasil: hiperespecialização, distanciamento das questões políticas e ideológicas que norteiam o SUS e a Reforma Psiquiátrica, influência das questões mercadológicas, hegemonia de práticas hospitalocêntricas, ideário liberal de saúde. O panorama de ensino apresentado compromete as conquistas sociais alcançadas pelo sistema de saúde brasileiro. Visando modificar essa realidade, o Ministério da Saúde tem atuado em parceria com o Ministério da Educação desenvolvendo políticas como Pró-Saúde, PET Saúde, entre outras, com o intuito de garantir um corpo profissional que responda às demandas de saúde do país.

Palavras-chave: Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Educação em Saúde; Trabalho em Saúde.

Abstract: The article aims to identify in the literature problems related to the training of mental health professionals in the context of the Unified Health System (SUS), as well as to map health education policies that seek to solve this problem, emphasizing the field of mental health. To this end, a bibliographic review was made considering references from the area and official documents such as laws, decrees and ordinances. There was a historic resumption of the Health Reform and the Psychiatric Reform, which had the repercussions of SUS and the mental health policies in vogue in the country, respectively, aiming to elucidate the ideological bases of the two movements. The text briefly discusses the main issues of health education in Brazil: hyperspecialization, distancing from political and ideological issues that guide SUS and Psychiatric Reform, influence of market issues, hegemony of hospital-centered practices, liberal health ideas. The teaching panorama presented compromises the social achievements achieved by the Brazilian

¹ Psicóloga; especialista em saúde mental na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (UNEB); mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA); doutoranda em Psicologia Social (UFBA). E-mail: accm100@yahoo.com.br

health system. In order to change this reality, the Ministry of Health has worked in partnership with the Ministry of Education, developing policies such as Pro-Health, PET Health, among others, in order to guarantee a professional body that responds to the country's health demands.

Keywords: Mental Health; Unified Health System; Health Workforce; Health Education; Health Work.

Introdução

Não há neutralidade nos processos formativos, pois a formação do trabalhador se dá comprometida com um projeto de sujeito, com um projeto de profissional e com um projeto de sociedade. Nesse sentido, concorda-se com Ceccim (2010) que afirma que a formação não é uma mera transmissão de informação “[...] mas de um transmitir-se: como pensamos, sentimos queremos a nós mesmos, nosso entorno, nosso mundo” (p.71). Partindo dessa premissa, é preciso desvelar as ideologias que permeiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica brasileira de forma a vislumbrar o perfil profissional para atender a tal contexto e as problemáticas envolvidas no processo formativo. Sendo assim, vale a pena retomar a história para compreender as bases do sistema de saúde nacional.

O sistema público de saúde brasileiro derivou de três subsistemas: a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho; sofrendo também influências da medicina liberal, das instituições filantrópicas e da medicina popular (Paim, 2009). Paim (2009) destaca o apartamento de cada um desses subsistemas: de um lado a saúde pública responsabilizando-se pelas ações sanitaristas; por outro lado ações curativas e individuais a cargo da medicina previdenciária; e a saúde do trabalhador sob competência do Ministério do Trabalho. Assim, tinha-se um sistema de saúde desintegrado, com diferentes concepções e abordagens da saúde.

Anteriormente ao surgimento do SUS, os investimentos de saúde do Estado nos serviços públicos eram mínimos, prevalecendo a compra de serviços médico-hospitalares do setor privado. Esse processo de privatização intensificou-se durante o regime militar, dando margem a amplos esquemas de corrupção. Paim (2009) ratifica que, nessas circunstâncias, o sistema de saúde brasileiro entrou em crise. Apesar dos diversos tipos de serviços e instituições, havia um grande vazio assistencial à boa parte da população. O autor cita estudo realizado em 1975 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social que caracterizava o sistema de saúde da época como: “insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz” (p. 39) e acrescenta “[...] mais quatro adjetivos que caracterizariam aquele *não-sistema*: autoritário, centralizador, corrupto e injusto” (p.39).

É no bojo dessa crise que começa a estruturar-se o movimento de Reforma Sanitária. O movimento começa a se delinear em meados dos anos 70 sendo composto por estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, bem como entidades como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). O movimento sanitário tinha como proposta a democratização da saúde e ganha força nos debates da VIII

Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em texto proferido durante a VIII Conferência, Paim (1987) deixa claro a proposta do movimento sanitário, pontuando que a saúde não se restringe aos serviços, trazendo uma visão ampliada do conceito: “resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (p. 04).

O movimento repercutiu na Constituição Federal de 1988 que garante em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todo cidadão. Contudo, o maior desdobramento da Reforma Sanitária foi a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, segundo a Lei nº 8.080/90:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

[...]

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Dessa maneira, o SUS representa não apenas uma reformulação da assistência em saúde no país, mas traz mudanças na própria compreensão do que é saúde, caminhando para uma compreensão da saúde numa perspectiva integral, o que se explicita em um dos seus princípios: a integralidade da assistência. De acordo com a Lei nº 8.080/90 em seu artigo 7ª, inciso II a integralidade da assistência é um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Dessa forma, para atingir o ideal de uma saúde integral é preciso coordenar os serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que os problemas de saúde da população são deveras complexos e que o sujeito é um ser íntegro e indivisível, de tal maneira que somente uma rede de serviços pode vislumbrar a sua singularidade (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Souza & Costa, 2010).

Em paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária, surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Segundo Tenório (2002), a partir da segunda metade da década de 70, surgiram várias denúncias sobre os hospitais psiquiátricos do país: acusações de violência, abandono e maus-tratos aos internos; bem como fraude no financiamento dos serviços. Diante desse quadro, constituiu-se em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Amarante (1996) afirma que, se a princípio o MTSM apenas reivindicava a reforma da assistência psiquiátrica no país através de propostas de desospitalização, o desenrolar do movimento passa a ser marcado por uma crítica ao saber psiquiátrico, delineando as propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, o autor afirma que o grande diferencial da Reforma Psiquiátrica no Brasil é a busca do resgate da cidadania do louco, sendo constituída por propostas que requerem reconstruções teóricas, políticas, culturais e sociais.

Devido à grande proporção que o movimento atinge, ele acaba culminando num processo de revisão legislativa: o projeto de lei nº 3.657/89, apresentado em 1989 pelo deputado Paulo Delgado. O projeto propunha: o impedimento da construção e da contratação de hospitais psiquiátricos pelo governo; o direcionamento de verbas para a criação de recursos alternativos aos manicômios; e a denúncia de internações compulsórias à autoridade judiciária. A lei só conseguiu ser aprovada em 2001 (Lei nº 10.216/01), embora com a supressão do artigo referente à construção e contratação de hospitais psiquiátricos (Tenório, 2002).

A Lei nº 10.216/01 trata sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e reconfigura a assistência em saúde mental no país. Sendo assim, o tratamento muda de um modelo manicomial/hospitalocêntrico para um modelo de base comunitária. A principal repercussão de tal mudança é o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e objetivam:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (Brasil, 2004a, p. 12)

Os trabalhos desenvolvidos nos CAPS, tanto os atendimentos individuais quanto os grupais, são realizados em um meio terapêutico. Para tanto, preza-se por um ambiente acolhedor, estruturado e facilitador de relações, onde são executados diversos tipos de tratamento. Tais atividades vão além da administração de medicamentos e das consultas, o que se convencionou chamar de clínica ampliada. Por meio desse funcionamento o CAPS visa oferecer atendimento às pessoas de seu território de abrangência que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio do exercício da sua cidadania e da sua (re)integração com seus familiares e sociedade em geral (Brasil, 2004a).

Após dez anos da promulgação da Lei nº 10.216/01, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088/11. O objetivo da referida portaria é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p. 02). Dessa forma, pretende-se integrar a rede de cuidados dirigida às pessoas com transtornos mentais, que muitas vezes ficava centralizada no CAPS devido às inúmeras barreiras assistenciais com as quais se deparavam os usuários de tal serviço (Brasil, 2011).

Assim, compõem a RAPS: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Contudo, é preciso marcar que a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual se alinha a RAPS, vai além da reestruturação dos serviços: representa uma mudança paradigmática, com desafios na esfera assistencial, clínica, política, de formação de recursos humanos, jurídica e sociocultural (Bezerra Jr., 2007). O cuidado em saúde mental pelas vigentes políticas brasileiras assume um

compromisso ético, na medida em que se pauta pela reabilitação psicossocial, que tem como ponto fundamental o resgate à cidadania do louco através de ações centradas nas singularidades do usuário e que englobam profissionais, familiares e sociedade em geral (Saraceno, 2001). Desnuda-se assim um cuidado que se amplia, que vai além do mero controle de sintomas. Dessa forma, esta revisão pretende identificar quais problemas se encontram relacionados à formação dos profissionais na área de saúde mental.

Metodologia

A construção do artigo foi feita a partir de revisão da produção acadêmica de artigos, dissertações e teses presentes nos indexadores Scielo e Bireme; bem como foram incluídos textos dos principais teóricos que trabalham com os temas: formação de recursos humanos em saúde, saúde mental, Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e, Sistema Único de Saúde. A pesquisa da literatura também foi feita a partir de referência cruzada, sendo que a leitura de um autor levava a busca de outra fonte citada no texto. Além disso, foram considerados documentos oficiais como leis, decretos e portarias, principalmente as portarias do Departamento de Gestão da Educação na Saúde que compõe a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde no período compreendido entre 2000 a 2015 (com atualização entre o final de 2019 e início de 2020 sobre a situação das políticas citadas no texto), considerando apenas aquelas que se relacionam com a temática do estudo. Duas grandes temáticas foram identificadas por meio da análise de conteúdo dos textos que estão delimitadas no artigo como: panorama da formação em saúde no Brasil e em direção à mudança.

Panorama da Formação em Saúde no Brasil

Um projeto de reformulação dos ideais de saúde não se concretiza sem o engajamento dos profissionais da área. Em virtude disso, as discussões sobre a necessidade de mudanças na formação em saúde ocupam o bojo do Movimento de Reforma Sanitária do Brasil desde a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco do movimento sanitário (Brunholi, 2014). A Conferência coloca em questão a necessidade de intersecção entre a educação e a saúde na formação dos recursos humanos em saúde (Brunholi, 2014). Podemos dizer que tais discussões reverberam na Constituição Federal de 1988 que coloca entre as competências do sistema de saúde a formação de seus trabalhadores. No tocante a isso, a legislação do SUS, Lei nº 8.080/90, define que as três instâncias do governo são responsáveis por tal formação, inclusive em nível de pós-graduação e aperfeiçoamento.

Para além de uma resposta ao déficit de profissionais para um sistema de saúde novo e em expansão, a formação de trabalhadores para o SUS traz em seu cerne uma questão qualitativa, posto que o SUS necessita de profissionais que dominem as atualizações científicas, os determinantes sociais em saúde e os aspectos éticos/humanísticos do trabalho (Haddad et al., 2010; Almeida Filho, 2013).

O SUS é alicerçado a um compromisso ideológico e, como tal, necessita de profissionais que se alinhem ao seu ideal. Concernente a isso,

Almeida Filho (2013) alerta que os profissionais que integram o sistema não têm correspondido a esse perfil, apontando a formação acadêmica como um dos responsáveis pelo que o autor concebe como uma crise: “a questão-chave para a crise da saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde” (p.1681).

Silva et al. (2009) também apontam a formação de recursos humanos como um ponto crítico que emperra o desenvolvimento do SUS e chamam a atenção para os aspectos interdisciplinares, valorosos em tal formação, que não têm sido tratados com a devida relevância. Almeida Filho (2013) corrobora a importância da interdisciplinaridade na formação em saúde e marca a rigidez dos currículos universitários, que acabam impedindo a articulação entre os diferentes cursos acadêmicos, o que poderá gerar uma dificuldade em trabalhar em equipe multidisciplinar. Haddad et al. (2010) também criticam a excessiva especialização dos currículos dos cursos de saúde, principalmente dos cursos de medicina. Segundo os autores, há nos cursos médicos uma ênfase nos processos diagnósticos e terapêuticos atrelados ao uso de tecnologias de alta complexidade, o que se alinha a um modelo tradicional de ensino e reforça as especialidades. Contudo, a proposta não é negar a especialização, mas é preciso reconhecer que a ênfase nesse tipo de formação traz mazelas como, entre outras, altos custos assistenciais e a má distribuição geográfica dos trabalhadores da área (Brasil, 2007).

Os currículos deveras especializados ainda afetam a visão humanística do profissional em formação, contribuindo para uma concepção determinista dos processos saúde-doença (Almeida Filho, 2013). A falta de uma formação humanística implica na formação de trabalhadores apartados da realidade social do país, o que se agudiza através de uma prática que privilegia o modelo hospitalocêntrico e privatizante. Assim,

[...] o modelo de educação em saúde ainda predominante entre nós, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. Por exemplo, os egressos das escolas médicas brasileiras, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde das pessoas. Profissionais com tal formação, em geral, mostram-se resistentes às mudanças e tendem a defender o status quo vigente, distanciados do conhecimento crítico em relação a aspectos políticos, sociais e culturais estruturantes do marco teórico da Determinação Social da Saúde. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores (quando não antagonistas) do SUS, principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira carente. (Almeida Filho, 2013, p. 1682)

Vislumbra-se uma contradição entre a formação oferecida e as necessidades do sistema de saúde. Contradição essa que pode ser representada de um lado pelos interesses neoliberais do ensino superior e, por outro, pelas condições de saúde da população (Brunholi, 2014). Brunholi (2014) aponta a expansão das universidades privadas na década de 90 como um dos fatores responsáveis por esse quadro, na medida em que a formação em saúde passou a ser vista como um filão de mercado. Almeida Filho (2013) aprofunda essa discussão e analisa a participação das universidades públicas nesse panorama. O autor afirma que as universidades públicas brasileiras são reprodutoras de

iniquidades, já que os cursos de saúde (de maior prestígio social) são dominados pelos membros das classes economicamente favorecidas, que valorizam a lógica de cuidado privado (pois tem acesso a planos de saúde); dessa maneira, tenderão a replicar esse modelo quando forem profissionais de saúde. Ocorre um mecanismo perverso que se retroalimenta e que restringe o acesso das camadas menos favorecidas tanto ao ensino quanto à saúde. Dessa forma, percebe-se uma formação que mantém o *status quo* e que subverte o ideário reformista, comprometendo-se com os interesses corporativos e particulares (Almeida Filho, 2013).

Encaminhando a discussão para o campo da saúde mental, não havendo intenção de dissociá-la da saúde mais ampla, percebe-se que a formação de recursos humanos também é deficitária, sendo vista por alguns autores como o calcanhar de Aquiles da Reforma Psiquiátrica (Bezerra Jr., 2007; Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012; Goulart, Silva, & Silva, 2015).

Dal Poz, Lima e Perazzi (2012) destacam que a equipe que compõe os serviços de saúde mental é multiprofissional, sendo formada pelos mais diversos trabalhadores de saúde. Ademais, também estabelece interlocução com outros setores como educação e segurança, bem como envolve os três níveis de atenção em saúde. Tais peculiaridades explicitam o quão complexa são as relações de trabalho e a formação dos profissionais (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012). Nessa tônica, os estudiosos da saúde mental afinam-se ao marcar a inadequação da formação (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012; Amarante, 2008; Bezerra Jr., 2007; Silveira & Vianna, 2010; Goulart, Silva, & Silva, 2015) principalmente no que concerne a três aspectos: déficit de profissionais para uma rede em expansão; defasagem da formação em relação modelo de cuidado em saúde mental vigente; formar os profissionais que já estão trabalhando nos serviços de saúde mental, de maneira a se afinarem com as propostas da Reforma Psiquiátrica (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012).

Vale salientar que, ao contrário de outros campos, a saúde mental prescinde de recursos tecnológicos; aqui o imprescindível é o humano, o que reforça a importância de investimento em tal “recurso” (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012). Isso demonstra a importância de uma formação humanística e política implicada com a Reforma Psiquiátrica, já que as mudanças reformista ultrapassam a reestruturação de serviços, e nos falam de “outro lugar social para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade” (Amarante, 2008, p. 68). Assim, o “profissional ideal” sob essa perspectiva não será, necessariamente, aquele que domina a psicopatologia e suas terapêuticas, mas aquele comprometido com os sujeitos, disposto a colocar a “doença entre parêntesis” como propôs Basaglia (2005). Da mesma forma que Almeida Filho (2013) alerta para o viés ideológico do SUS, Amarante (2008) afirma a aliança da Reforma Psiquiátrica:

A reforma psiquiátrica, numa compreensão gramsciana, é um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos do poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos. [...] Por isso nosso investimento no surgimento de outros agentes sociais: os usuários, os familiares, os trabalhadores não reduzidos a técnicos, mas sujeitos. (p.75)

Ainda sobre a formação universitária em saúde mental, Goulart, Silva e Silva (2015) afirmam que o ensino superior pode tanto formar profissionais

críticos quanto ser espaço para reproduzir práticas que se opõe à Reforma Psiquiátrica. Ressaltam as dinâmicas contraditórias presentes nas universidades que precisam se equilibrar, por exemplo, “[...] entre demandas de mercado e as de natureza ética e política” (p. 372). Abordando especificamente a formação em saúde mental em Minas Gerais, os autores ratificam uma tradição de formação clínica psicanalítica lacaniana, o que acreditam não ser suficiente para dar conta das mudanças reformistas.

Sendo assim, podemos crer que a formação de recursos humanos permanece sendo um desafio à Reforma Psiquiátrica, como destacou Bezerra Júnior em artigo de 2007. O autor chama a atenção para o fato de que muitos dos profissionais que atuam na atenção psicossocial não vivenciaram as movimentações políticas que propulsionaram a Reforma Psiquiátrica no país, o que leva a um excesso de zelo tecnicista em detrimento das questões políticas (Bezerra Jr., 2007). Amarante (2010) também concebe o distanciamento da noção histórica e ideológica da Reforma Psiquiátrica, tanto na graduação como na pós-graduação, como uma das carências formativas que gera entraves na consolidação da política de saúde mental. Tal fragilidade se relaciona com o ideário de profissional liberal: forma-se profissionais para o atendimento em um modelo privatista de saúde, fundamentado nas questões mercadológicas impulsionadas, sobretudo, pela indústria farmacêutica e médico-industrial (Amarante, 2010).

Uma fragilidade comum ao atual modelo formativo em saúde e em saúde mental é que ambas ainda se centram numa visão biomédica, com práticas voltadas para o atendimento de pacientes em espaços constitutivos da própria medicina e psiquiatria: leitos, camas, instituições (Amarante, 2010). Contudo, uma formação comprometida com o atual modelo de cuidado deve romper com o paradigma psiquiátrico. Para tanto, é preciso forjar profissionais dispostos a questionar as verdades científicas, a discutir epistemologia (Amarante, 2010). Bezerra Júnior (2007) elenca algumas outras competências que precisam ser lapidadas nos processos formativos:

As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista. (Bezerra Jr., 2007, p. 246).

Assim, a formação de tais profissionais torna-se uma empreita complexa pois, além da necessidade de técnicos competentes, é preciso que esses também tenham uma postura inquieta e reflexiva dando o movimento constante que o processo de Reforma Psiquiátrica carece (Bezerra Jr., 2007).

Em direção à mudança

Se o reconhecimento da necessidade de mudança na formação em saúde ganhou corpo desde 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, reverberando no mesmo ano na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brunholi, 2014), as políticas públicas visando intervir nessa situação são mais recentes, embora já esteja posto na Constituição Federal de

1988 e na legislação do SUS a responsabilidade do sistema de saúde na formação dos profissionais da área. Especificamente sobre a saúde mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, que ocorreu em 2010, colocou em pauta o tema da formação dos profissionais e a Portaria nº 3088/11, que instituiu a RAPS, tem como uma das diretrizes a promoção de estratégias de educação permanente (Scafuto, Saraceno, & Delgado, 2017).

Por conta do panorama anteriormente apresentado, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde adotaram algumas estratégias e desenvolveram políticas públicas específicas para atingir a formação adequada para atuação no SUS. Entre elas está a reformulação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduações de saúde. O Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, instituiu diretrizes que aproximam as graduações de saúde do SUS (Ministério da Educação, 2001). Nesse sentido, cabe destacar:

[...] a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde **a articulação entre a Educação Superior e a Saúde**, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, **o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação**. [grifo nosso] (Ministério da Educação, 2001, p.03).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) têm caráter inovador ao proporem o contato precoce do discente com o SUS, incentivando um maior comprometimento com a realidade de saúde do país (Haddad et al., 2010). Contudo, a incorporação dessas propostas à dinâmica dos cursos de saúde não se dá de maneira imediata e, por vezes, a educação não consegue acompanhar a velocidade das transformações do sistema (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012).

Em virtude disso, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lançou em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2007; Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012) que direciona as intervenções no ensino almejando uma atuação profissional que contemple a realidade sanitária do país (Brasil, 2007). O Pró-Saúde tem como objetivo:

[...] a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (Brasil, 2007, p.13).

Afim às DCN, o Pró-Saúde visa uma postura mais ativa e autônoma do estudante na gestão do conhecimento investindo no saber fazer, saber ser, saber agir; e procura balancear a dimensão social com o primor técnico. O programa enfatiza a prática e a pesquisa na atenção básica com o intuito de diluir o excessivo investimento dos currículos universitários na especialização, que tem direcionado o ensino para o manejo de equipamentos de alta tecnologia. Outro diferencial é a proposta de aproximação entre a academia e os serviços do SUS, colocando o estudante em contato com a realidade de saúde desde o início do curso. A premissa é de garantir uma aprendizagem significativa a partir das

trocas entre estudantes, profissionais e usuários do sistema e que anseie a integralidade em saúde (Brasil, 2007).

O programa gira em torno de três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. A orientação teórica diz respeito à concepção do processo saúde-doença atrelada aos condicionantes sociais. Deve-se ainda considerar as melhores práticas gerenciais do SUS, a produção de pesquisas que investiguem a realidade local e a educação permanente em saúde transpondo as pós-graduações. Referente ao eixo “cenários de prática”, a intenção é priorizar uma diversidade de ambientes, sobretudo aqueles inseridos na comunidade, incrementando as ações de saúde com outros equipamentos e promovendo a intersectorialidade. O objetivo é desinstitucionalizar as ações de saúde, aproximando o aluno da realidade dos usuários. Visa-se também superar as simulações, fazendo com que o discente lide com situações concretas. Essa ideia relaciona-se com o eixo “orientação pedagógica” que se norteia pelo aprender fazendo e pelo aprender a aprender. Assim, assume-se que o conhecimento é dinâmico e acontece na problematização das ações. Além disso, coloca o sujeito como protagonista do seu ensino e o professor aparece como um facilitador. Busca-se forjar profissionais críticos, capazes de refletir sobre suas práticas (Brasil, 2007).

A princípio o Pró-Saúde restringia-se aos cursos de enfermagem, medicina e odontologia (Pró-Saúde I) por serem as principais categorias profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007 ampliou o programa para os demais cursos de saúde (Ministério da Saúde, 2011). Os dados mais recentes sobre a expansão do Pró-Saúde nas instituições de ensino superior do país datam de 2011 e indicam que 14 categorias profissionais num total de 379 cursos foram contempladas (as universidades deveriam submeter projeto). A graduação em enfermagem concentrou 21% desse total, seguida por medicina 17% e odontologia com 13% (talvez por serem consideradas desde o início do programa). A região com maior abrangência do programa é a sudeste, com 42% dos cursos, a região norte é uma das com menor penetração: 7% do total (a região centro-oeste tem 3%), o que justifica o maior apoio que foi dado às instituições do Norte/Nordeste a partir do 2º semestre de 2010 (Ministério da Saúde, 2011).

Os relatórios sobre o Pró-Saúde têm indicado avanços, principalmente na maior articulação entre as universidades e os serviços e no aumento da carga horária de práticas na atenção básica e na comunidade (Brasil, 2009a; Ministério da Saúde, 2011). Como dificuldades tem-se a estrutura deficitária dos serviços do SUS e a descontinuidade de ações devido às mudanças na gestão (Ministério da Saúde, 2011). Outra queixa refere-se à relação com o Ministério da Saúde no que concerne à apoio técnico e financiamento dos projetos, tido como insuficiente (Brasil, 2009a). Todavia, não menosprezando os obstáculos apontados, salienta-se a importância da participação social para assentar os ideais do Pró-Saúde, fazendo com que estes não se restrinjam ao recorte temporal do projeto e tornem-se prática corrente (Brasil, 2009a).

Outra iniciativa para incrementar a formação em saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007. A citada portaria foi revogada

e, atualmente, o PET Saúde é regido pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, ambas de 3 de março de 2010. O artigo 2º da Portaria nº 421 diz que:

O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. (Brasil, 2010a).

O PET Saúde, assim como o Pró-Saúde, visa a integração ensino-serviço e procura contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares nacionais. Ambos (PET e Pró-Saúde) são pautados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). As ações do PET são desenvolvidas num tripé entre estudante, tutor acadêmico e preceptor, sendo destinadas bolsas para cada um desses atores. O estudante vinculado ao PET deve estar matriculado em uma instituição de ensino superior pública ou privada (sem fins lucrativos) e manter bom rendimento, tem a função de desenvolver vivências e produzir conhecimento (inclusive publicando e apresentando trabalhos em eventos acadêmicos) em algum serviço do SUS sob orientação do tutor e do preceptor, configurando como iniciação ao trabalho. O tutor acadêmico é um professor ligado à mesma instituição que o estudante e cabe a ele exercer funções de orientação das vivências e desenvolvimento de pesquisas em parceria com o discente. O preceptor é o profissional que pertence ao serviço onde serão realizadas as ações e fará a orientação dos estudantes *in loco*. A participação no PET se dá mediante projeto submetido à edital específico e deverá ser assinado pelo gestor estadual ou municipal e representante da instituição de ensino (Brasil, 2010a).

Foram instituídos alguns PET temáticos para responder necessidades específicas do SUS: PET Saúde/Saúde da Família, PET Saúde/Vigilância em Saúde, PET Saúde/ Saúde Mental/Crack, PET Saúde/Redes, PET Saúde/Graduações em Saúde e PET Saúde/Educação Interprofissional. Destaca-se aqui o PET Saúde Mental e PET Saúde/Redes.

O PET Saúde Mental surgiu a partir da Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010 (Brasil, 2010b). O Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010 convocou projetos para compor o PET Saúde/Saúde Mental/Crack e especifica que o programa tem como objeto:

O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack tem como pressuposto a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Alcool e outras Drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais para a atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino superior. (Brasil, 2010c, p. 30).

O PET Saúde/Saúde Mental/Crack contou em 2011 com 80 projetos contemplados, totalizando 1.280 participantes entre estudantes, preceptores e tutores (Ministério da Saúde, 2015). Atendeu aos mesmos critérios do PET

Saúde, mas apresentou algumas especificidades: o projeto deveria ser desenvolvido em alguma modalidade de CAPS fazendo interface com os Núcleos Apoio à Saúde da Família (NASF) e os PET-Saúde/Saúde da Família e PET Saúde/Vigilância em Saúde; e precisaria considerar uma série de aspectos relacionados à temática saúde mental/drogas como: características do território, dados epidemiológicos, carências assistências, entre outros (Brasil, 2010c).

Concernente à temática deste trabalho, é relevante pontuar que, como forma de fortalecer as ações das Redes de Saúde e as Regiões de Saúde, o Ministério da Saúde lançou o Edital nº14, de 08 de março de 2013: o PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET Saúde/Redes) que

Caracteriza-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para **elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção de Redes de Atenção à Saúde** bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). [grifo nosso] (p.116)

O projeto do PET Saúde/Redes deveria, obrigatoriamente, envolver pelos menos dois cursos da saúde, de forma a favorecer a interprofissionalidade, interdisciplinaridade e ação coletiva. Um dos critérios considerado na seleção dos projetos foi que estes pautassem-se pelo trabalho em rede de forma a contemplar a integralidade da atenção, compreendendo o cuidado em seus diferentes níveis de atenção e singularidades das regiões de saúde em que se inserem. Entre as redes contempladas pelo projeto está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Rosa et al. (2015) realizaram um trabalho relatando a experiência do PET Saúde/Redes pela ótica dos alunos e preceptores. As ações do PET foram desenvolvidas em um ambulatório de saúde mental e objetivaram realizar atividades para discutir o uso abusivo de psicotrópicos. O projeto foi avaliado como exitoso pelos participantes, apesar de ter sofrido inúmeras resistências, pois foi possível instituir uma inquietação no corpo de profissionais do serviço. Os discentes destacaram a oportunidade de ter tido contato com as práticas do SUS, podendo estabelecer relações com as teorias que estavam estudando, de forma a sedimentar seus saberes. Os preceptores afirmaram que os trabalhos do PET permitiram que eles avaliassem suas ações e compreenderam o programa como uma forma de educação continuada (Rosa et al., 2015).

As iniciativas descritas anteriormente demonstram uma preocupação com a reformulação da educação durante o processo de graduação dos profissionais de saúde. Contudo, é preciso reconhecer que a educação é um processo contínuo que atravessa toda a existência do ser humano, além de não se restringir aos espaços acadêmicos. A adaptação do profissional ao seu ambiente de trabalho também se inscreve nessa assertiva, enquadrando-se no bojo das discussões sobre educação do adulto (Davini, 1995). Os debates sobre a formação de adultos no espaço de trabalho surgem num contexto de revolução científica e tecnológica, mudanças da estrutura produtiva e maior participação social na esfera política e sociocultural; esse panorama exigia que o profissional soubesse lidar com diferentes fontes de informação, aprendesse a se ajustar frente às crescentes mudanças do trabalho dentro das organizações e a transitar entre os diferentes grupos sociais.

Davini (2009) afirma que a educação do profissional no mundo do trabalho mudou bastante nos últimos anos, incorporando a sociologia das

organizações, a análise institucional e as práticas do trabalho nos processos de formação. Nesse cerne, o conceito de educação permanente aparece como o mais adequado ao considerar o processo de aprendizagem como ocorrendo ao longo de toda vida, aliando o ambiente comunitário e laboral como lócus educativos. A educação permanente diferencia-se dos processos de capacitação/educação continuada, pois esses adotam um modelo escolar de ensino e restringem-se à melhoria do desempenho profissional, não implicando necessariamente em mudanças institucionais. Além disso, as capacitações são ações pontuais partindo da crença em soluções efêmeras e imediatistas que têm pouca duração ao longo do tempo, enquanto a educação permanente sugere um processo longitudinal e endógeno, partindo das necessidades identificadas pela própria equipe dos serviços e encarando situações concretas como férteis para promover a aprendizagem. Destaca-se ainda que a educação continuada se limita a um saber disciplinar e se dirige apenas a uma categoria profissional, não promovendo o diálogo entre a equipe.

Já a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como uma estratégia de investimento na formação profissional para alcançar a meta Saúde para Todos no ano 2000. A EPS visa dar conta das necessidades de atualização dos profissionais da área em virtude de: deficiências oriundas do processo educativo prévio, anacronismo de conhecimentos devido às mudanças aceleradas por conta da incorporação de novas tecnologias e saberes (inclusive mudanças do panorama sanitário e inclusão de novas políticas), recuperação de aprendizagens esquecidas (Davini, 1995). Ademais, a EPS vai muito além de um “reparo” de uma formação prévia, já que tem por intuito a “[...] transformação das práticas, articulando o saber técnico científico à ética, à transformação dos sujeitos e de seu entorno. Alinha-se à aprendizagem significativa, conectada com o cotidiano e relevante socialmente” (Medrado, Kusterer, & Souza, 2020).

Além disso, a ideia de EPS implica articulação com projetos político-sanitários de maneira que as ações não sejam esporádicas e descontextualizadas. Contudo, deve partir das necessidades da prática e não de ações verticalizadas, garantindo sua efetivação no cotidiano dos serviços (Davini, 1995).

Nesse sentido, a EPS no Brasil extrapola um conceito na medida em que se consolida como política a partir da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004b), posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2009b). A referida portaria define:

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. **Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.** [grifo nosso] (Brasil, 2009b, p.20).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ancorada com os ideais do SUS, enfrenta ao menos três desafios:

descentralização da gestão, desenvolvimento da atenção integral em saúde e incremento da participação popular. Para superá-los é importante contar com a participação de vários atores na formulação das propostas de EPS. Nesse sentido, a política articula a interlocução das três esferas de gestão, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e movimento social no desenho do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009b). Entretanto, a participação de diversos sujeitos não deve se limitar apenas à formulação do plano, a interinstitucionalidade, bem como a transdisciplinaridade, devem se fazer presentes também durante o processo educativo, conjugando profissionais, estudantes, gestores e usuários através da reconfiguração dos pactos de trabalho, fazendo com que os serviços sejam, além de espaços de cuidado, locais de produção e intercâmbio de conhecimento (Brasil, 2004b).

Dado os problemas referentes aos recursos humanos nos serviços de atenção psicossocial, a educação permanente em saúde pode representar uma forma de solucionar tal questão. Silveira e Viana (2010) ratificam que a formação universitária do trabalhador de saúde mental pode não garantir uma discussão aprofundada do processo de Reforma Psiquiátrica. Isso posto, a despeito de os concursos para atuação na área exigirem leitura sobre a temática ou alguma experiência prévia, não há garantia de que os profissionais trabalharão comprometidos com a Reforma Psiquiátrica e com a desinstitucionalização da loucura, o que pode levar a uma transposição dos ideais manicomialistas para dentro dos espaços reformistas (Silveira & Viana, 2010).

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas estratégias de educação permanente específicas para os trabalhadores de saúde mental. Entre elas o “Percurso Formativo na RAPS” lançado em 2013 e finalizado em 2016. O projeto teve por intuito promover o intercâmbio de saberes entre os profissionais de redes receptoras (aquelas com maior potencialidade para desenvolver a proposta do intercâmbio) e redes visitantes (aquelas que desejavam aprimorar conhecimentos), bem como catalisar a circulação de saberes por meio de um supervisor clínico-institucional. O período de intercâmbio do trabalhador era de um mês, totalizando 160 horas, período em que realizava as atividades do cotidiano do serviço da rede receptora, já que o intuito era fomentar a aprendizagem através da prática, embora também fossem realizadas discussões teóricas e problematizações do processo de trabalho (Kinoshita et al., 2019).

O projeto como um todo dividiu-se em quatro momentos: intercâmbio entre as experiências, oficinas para atualização e integração do trabalho em rede, plano de educação permanente e engrenagens da educação permanente. Ofereceu os seguintes módulos formativos: atenção à crise em saúde mental, saúde mental infantojuvenil, saúde mental na atenção básica, demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial. A primeira chamada do projeto contemplou 1.600 profissionais das redes visitantes. Nesse primeiro ano, entre as redes receptoras apenas uma encontrava-se no Nordeste (Recife), a Bahia teve como redes visitantes as cidades de Miguel Calmon, Jacobina, Vitória da Conquista, Salvador, Mucuri e Eunápolis (Brasil, 2015). Outra chamada foi lançada no

segundo semestre de 2015 e contemplou 44 redes visitantes. Ao final do projeto participaram mais de 90 municípios em todo Brasil (Kinoshita et al., 2019).

Outra ação foi o projeto “Caminhos do Cuidado”, formação em saúde mental/álcool e outras drogas destinada aos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Básica. O objetivo era formar todos os agentes comunitários de saúde, na Bahia, em dezembro de 2014, tinha-se atingido 85,71% da meta (Brasil, 2015). O projeto de formação se encerrou em 2015 totalizando 284.868 profissionais formados em todo país (Observatório do Cuidado, 2020).

O Observatório do Cuidado ainda tem outros projetos formativos para além do “Caminhos do Cuidado” sempre pautado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Outra ação também voltada para as equipes de nível médio e técnico é o “Itinerários do Saber” que tinha como meta oferecer 150 mil vagas até 2019 (Observatório do Cuidado, 2020). Possui quatro eixos formativos, entre eles a saúde mental com o curso “Atualização em atenção à crise no contexto da saúde mental para Rede de Atenção Psicossocial”. O site do projeto refere que curso foi desenvolvido presencialmente em Aracaju voltado para os profissionais de nível médio e técnico da RAPS da cidade (Itinerários do Saber, 2020).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde são programas de residência com campo na RAPS, o que inclui as residências psiquiátricas, mas, principalmente, as residências multiprofissionais (Brasil, 2015). Nesse sentido, Dal Poz et al. (2012) afirmam que as intervenções no ensino oferecido pelas pós-graduações visando uma formação que contemple o SUS podem ser mais rápidas do que as no nível da graduação. No entanto, destacam que os Programas de Residência Médica que tem maior capacidade de expandir vagas são aqueles vinculados à hospitais universitários, o que acaba por manter um modelo asilar no ensino, gerando um descompasso entre as demandas dos serviços de saúde e o perfil do especialista.

A característica asilar é inerente à origem da Residência. Os primeiros programas de Residência surgiram dentro de grandes instituições hospitalares em regime de internato, daí o nome “residência”: os alunos/profissionais deveriam morar nos hospitais. A Residência é uma modalidade de ensino que teve a área de medicina como pioneira. No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica surgiram na Universidade de São Paulo (USP) em 1945 e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1947. Passa a ser reconhecida como uma modalidade de ensino no nível de pós-graduação a partir do Decreto nº 80.281 de 1977. Mais tarde, a Residência Médica ganha *status* de lei (Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981), garantindo, entre outras coisas, que todos os Programas de Residência Médica deveriam assegurar o título de especialista (Ferreira & Olschowsky, 2010).

Referente aos programas de Residência Multiprofissionais, há relatos de uma iniciativa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em 1977, integrando enfermeiros, assistentes sociais e veterinários (Ferreira & Olschowsky, 2010). A ampliação dessa modalidade de ensino só ocorre em 2002 quando o Ministério da Saúde cria 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (Ferreira & Olschowsky, 2010; Brasil, 2006).

Contudo, somente no ano de 2005 o Ministério da Saúde instituiu a expansão das Residências: Lei nº 11.129/05 que, entre outras coisas, cria a

Residência em Área Profissional de Saúde, voltada para outras profissões de saúde que não a médica; Portaria nº 1.143/05, que estabelece a Residência em Medicina de Família e Comunidade como prioritária e passa a apoiar programas que tenham como campo de prática dos residentes territórios de atuação das equipes de saúde da família em regiões carentes; e a Portaria Interministerial nº 2.117/05, que institui a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). As Residências configuram-se como pós-graduação *lato sensu* com carga horária de 60 horas semanais e duração de dois anos, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS e fazem jus a uma bolsa estabelecida pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Brasil, 2009c).

As RSM são uma proposta da Política Educação Permanente em Saúde e, como tal, propõe uma metodologia ativa de aprendizagem e que cada programa deve dialogar com a realidade de saúde de seu território (Ramos et al., 2006; Brasil, 2006). A maior inovação dos Programas de RMS habita, justamente, no seu caráter interdisciplinar ao propor o diálogo entre diferentes categorias profissionais (comporta quatorze categorias) ocupando o mesmo campo no cuidado em saúde. Assim, o grande desafio é respeitar a peculiaridade de cada saber e promover intersecções entre eles ao compreender que comungam de uma mesma linguagem: a integralidade em saúde. E, nesse sentido, pode-se dizer que a RMS:

São histórias de pessoas que pensam o cuidado como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstram como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas. No processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste ethos que se dá a formação dos residentes. (Brasil, 2006, p.14).

Gama e Zanerato (2010) acreditam no potencial da residência em catalisar os serviços de saúde mental. Os autores compreendem a Residência como um compromisso com as políticas públicas do país e explicitam:

Os profissionais de Saúde Mental se qualificam a partir do contato direto com o sofrimento psíquico, nas suas diversas expressões, assim como com um conjunto de práticas construídas como ferramentas inovadoras de intervenção nesse campo. O serviço quando constituído como campo de formação se qualifica também na sua condição de serviço. A perspectiva de cuidado trazida pelo paradigma antimanicomial sem dúvida ganha nessa possibilidade de formação um terreno fértil. Isso responde aos princípios básicos das políticas de educação para o SUS, os quais apontam para a integração entre Educação e Trabalho em Saúde e preconizam a necessidade de transformar simultaneamente as práticas de formação e as práticas de Saúde. (Gama & Zanerato, 2010, p. 191).

Contudo, para que a formação no modelo Residência seja alinhada com a Reforma Psiquiátrica é preciso superar os hospitais psiquiátricos como campo de formação, priorizando a formação em dispositivos territoriais (Amarante, 2008). Gama e Zanerato (2010) igualmente creem no vigor dos serviços substitutivos como campos férteis para a formação dos profissionais de saúde mental:

Hoje, há um patrimônio de conhecimento do campo da Reforma Psiquiátrica cujo acesso se dará de forma inigualável no campo dos serviços. É preciso reconhecer que a clínica antimanicomial nos insere em um fazer profissional que supera em muito as formas tradicionalmente construídas por cada campo. Se considerarmos que a realidade brasileira exige um novo compromisso e uma nova perspectiva de trabalho dos profissionais da Saúde, é preciso reconhecer a potência dessa rede substitutiva de serviços como revisora do papel e dos objetivos que orientam os profissionais da Saúde nesse país. (pp.193-194).

Justamente por acreditar nessa potência, as autoras apontam a necessidade de qualificar os programas de Residência do país de maneira que de fato contribuam para a consolidação do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Gama & Zanerato, 2010).

As estratégias de educação permanente em saúde mental discutidas aqui fazem parte do Programa Permanente de Formação em Saúde Mental desenvolvido pelo Ministério da Saúde a partir de 2002. O Programa realizou ainda outras ações como financiamento à supervisão clínico-institucional, a Escola de Redutores de Danos e foram também implementados cursos em parceria com o Ministério da Justiça para a polícia comunitária (Scafuto, Saraceno, & Delgado, 2017).

Considerações Finais

Em síntese, qual o conceito de saúde considerado pela política de saúde mental brasileira? É uma saúde que respeita os sujeitos em suas singularidades, que se compromete com a integralidade e que visa a (re)inserção social da pessoa em sofrimento psíquico. Assim, demarca-se a necessidade da formação de profissionais com o perfil adequado para conduzir processos tão complexos e delicados como a desinstitucionalização de pessoas que viveram por décadas em hospitais psiquiátricos, bem como para responder a uma RAPS que deveria estar em processo de expansão e que apresenta uma série de serviços novos e sem modelo comparativo. Tal processo demonstra a relevância da discussão da formação profissional para o campo, sobretudo de profissionais que possam potencializar e consolidar as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Contudo, é possível perceber que a formação dos profissionais de saúde e, mais especificamente, do campo da saúde mental, ainda padece de vícios como: hiperespecialização, distanciamento das questões políticas e ideológicas que norteiam o SUS e a Reforma Psiquiátrica, influência das questões mercadológicas, hegemonia de práticas hospitalocêntricas, ideário liberal de saúde. Dessa maneira, não é surpreendente constatar que os profissionais se sentem despreparados em sua atuação nos serviços de saúde mental, já que tais deficiências refletem as suas formações. Uma mudança tem que ser operada tanto na forma de ensinar como na forma de aprender. Há também outros desafios que ultrapassam a intersecção entre educação e saúde, como a formação de psiquiatras para o campo, sempre em número deficitário para o quantitativo de serviços, o que nos diz sobre os meandros do poder médico em nosso país.

Diversas iniciativas para intervir nesse panorama foram discutidas no texto. Entretanto, saliento que foi feito um recorte que visou enfatizar as ações educativas voltadas especificamente para o campo da saúde mental, já que seria

difícil abarcar no espaço de um artigo todas as práticas de educação em saúde que, inclusive, vão além daquelas institucionalizadas em políticas, como ações mais horizontais entre os profissionais tais como as reuniões de equipe e o matriciamento em saúde, por exemplo (Medrado, Kusterer, & Souza, 2020). Ademais, reconheço que é um recorte arbitrário já que acredito que o saber circula entre os sujeitos, o que implica dizer que as práticas de educação em saúde e outras práticas educativas como um todo têm repercussão nos serviços da RAPS. Concernente a isso, é preciso investigar qual o impacto das intervenções acima aventadas nos serviços de saúde. Assim, a temática não se esgota, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que mapeiem essa realidade. Todavia, os recursos para suprir tais questões não devem se restringir a discussões meramente acadêmicas. Sobretudo é preciso tecer aproximações entre a universidade e os movimentos sociais para alcançar a almejada saúde para todos contemplando o ideal do SUS.

Por fim, cabe dizer que este texto foi escrito no ano de 2015 e atualizado quanto às políticas ao final de 2019 e início de 2020. Nesse ínterim muita coisa mudou em nosso país e as trocas de governo (Temer e Bolsonaro) representaram também mudanças nas concepções sobre o que é saúde e educação (muitas vezes totalmente díspares dos valores do SUS e da Reforma Psiquiátrica discutidos aqui) e, conseqüentemente, sobre a intercessão entre as duas áreas de que trata este artigo. Com a estratégia de desmonte do SUS e os ataques à política de saúde mental foi difícil saber em qual tempo verbal conjugar os verbos desta produção, posto que, apesar do citado esfacelamento, a conjuntura política presente é de extrema insegurança sobre o que de fato será concretizado, dada as ofensivas e recuos constantes do governo Bolsonaro. Agora, ao final de 2020, tendo a oportunidade de revisar este trabalho, é marcante que a estratégia de desmonte e ataques é uma política de governo, ou melhor dizendo, uma necropolítica de governo. Os sinais estão dados tanto na condução do governo Bolsonaro da crise humanitária e sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus e, no que concerne a este artigo, na ameaça de “revogação” de portarias da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Abrasme, 2020; Ministério da Saúde, 2020). Como sinalizo ao longo do texto, a Reforma Psiquiátrica se assenta em um compromisso político e humanístico, de tomada de consciência moral contra um passado manicomialista de banalidade do mal e necropolítica (Matos-de-Souza & Medrado, 2021 no prelo). No atual contexto político de ascensão do totalitarismo e flerte com o fascismo não é de se espantar uma retomada de tal passado, mesmo que em nova roupagem. Assim, é preciso sinalizar que este artigo foi finalizado em tal conjuntura de insegurança política, de descrença e de desesperança de comprometimento do governo com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica. O meu desejo é que as ações de educação em saúde aqui elencadas não fiquem apenas como registro histórico.

Referências

Abrasme. (2020). *Nota técnica da Abrasme- dezembro de 2020. Sobre o revogação na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil*. Recuperado de <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/104279/nota-t%C3%A9cnica-da-abrasme-sobre-o->

[revoga% C3% A7o-na-pol% C3% ADtica-nacional-de-sa% C3% BAde-mental-
% C3% A1lcool-e-outras-drogas-no-brasil](#)

Almeida Filho, N. M. (2013). Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1677–1682. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>

Amarante, P. (2010). Algumas Observações Críticas sobre a Formação em Saúde Mental. In A. M. Lobosque (Org). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.

Amarante, P. (2008). Cultura da Formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In P. Amarante, & L. B. Cruz (Orgs.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ.

Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ.

Basaglia, F. (2005). *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243–250. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.

Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 de setembro de 1990; Seção 1, p. 18055.

Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001; Seção 1, p.02.

Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004b). 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/ DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 01 de julho de 2005; Seção 1, p. 1.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa. *Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional Em Saúde II - Pró-Saúde II e I Encontro Nacional dos Coordenadores dos Projetos Selecionados para o Pet-Saúde*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009c). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. *Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Recuperado de <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/LEGISLACAO/Portaria%20Interministerial%20MEC-MS%201077%20de%202009.pdf>.

Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências*. Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

Brasil. (2010b). Ministério da Saúde. Portaria nº 6, de 17 de setembro de 2010. *Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental*. Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0006_17_09_2010.html

Brasil. (2010c). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Edital conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010*. *Diário Oficial da União*, 30 de setembro de 2010; Seção 3, p. 30.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, 30 de dez de 2011; Seção 1.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Edital conjunto nº 14, de 08 de março de 2103. *Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede de Atenção à Saúde - PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde - 2013/2015*. Diário Oficial da União, 11 de março de 2013; Seção 3, p. 116.

Brasil. (2015). *Saúde Mental em Dados - 12. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

Brunholi, G. N. (2014). Trabalho e Formação em Saúde: entre os dilemas das reformas. In M. L. T Garcia (Org.). *Análise da Política de Saúde Brasileira*. Vitória: EDUFES.

Ceccim, R. B. (2010). A Educação Permanente em Saúde e as Questões Permanentes na Formação em Saúde Mental. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.

Dal Poz, M. R., Lima, J. C. de S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 621–639. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200012>

Davini, M. C. (1995). *Educación Permanente en Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3104/Educaci%20permanente%20en%20salud.pdf?sequence=1>

Davini, M. C. (2009). Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2010). Residência: uma modalidade de ensino. In Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Gama, J. A., & Zanerato, E. (2010) Cursos de Especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde. In A. M. Lobosque (Org). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.

Goulart, M. S. B., Silva, C. R., & Silva, E. R. da. (2015). A universidade e a reforma psiquiátrica: fios e desafios. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 368–381.

Itinerários do Saber. (2020). *Saúde mental: Atualização em atenção à crise no contexto da saúde mental para Rede de Atenção Psicossocial*. Recuperado de <https://itinerariosdosaber.org/cursos/145>

Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 383–393. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>

Hartz, Z. M. D. A., & Contandriopoulos, A.-P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S331–S336. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>

Kinoshita, R. T., Scafuto, J. C. B., Capistrano, A. B. de P., Cruz, K. D. F., & Bessoni, E. A. (2019). Percursos Formativos e o componente de engrenagens da Educação Permanente: uma experiência de radicalização da atenção psicossocial. *Caminhos do Cuidado*, 3(1), 08–20.

Lobosque, A. M. (2010). A Formação em Saúde Mental: ousemos avançar. In A. M. Lobosque (Org). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.

Matos-de-Souza, R., & Medrado, A.C.C. (2021 no prelo). Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. *Saúde em Debate*.

Medrado, A. C. C., Kusterer, L. E. F. L., & Souza, E. C. (2020). Formação Interprofissional em Saúde Mental: a potência do trabalho como espaço formativo. In A. A. Ferla, G. C. Baptista, D. Bueno, & J. C. Schweickardt. *Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde*. Porto Alegre: Rede Unida.

Ministério da Educação. (2001). Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE-CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Diário Oficial da União, 03 de outubro de 2011; Seção 1E, p.131.

Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Folder seminário PRÓ-SAÚDE DEGES – SGTES*, maio de 2011. Recuperado de <http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php>.

Ministério da Saúde. (2015). *Portal da Saúde*, 05 de outubro de 2015. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/485-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/pet-saude/11-pet-saude/19999-pet-saude>.

Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota: Saúde mental*. Recuperado de <https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>

Observatório do Cuidado. (2020). *Projetos Formativos*. Recuperado de <https://observatoriodocuidado.org/projetos-formativos>

Paim, J. S. (1987). 8ª Conferência Nacional de Saúde: direito à saúde, cidadania e estado. In *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 45-59.

Paim, J. S. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.

Ramos, A. S., Búrigo, A. C., Carneiro, C., Duarte, C. C., Kreutz, J. A., & Ruela, H. C. G. (2006). Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.

Rosa, R. P. F., Andrade, A. L. F., Oliveira, S. P., Silva, A. G. L., Ferreira, A. M., Inácio, J. S., & Araújo, S. M. S. S. (2015). Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl. I), 931–940. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0730>

Scafuto, J. C. B., Saraceno, B., & Delgado, P. G. G. (2017). Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, 28(3/4), 350–358.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.

Silva, C. C., Silva, A. T. M. C., & Braga, J. E. F. (2009). Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 13(3), 23–30.

Silveira, R. D., & Vianna, P. C. M. (2010). O Ensino das Disciplinas em Saúde Mental: os desafios de formar novos trabalhadores. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.

Souza, G. C. de A., & Costa, I. do C. C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 509–517. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>

Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25–59.