Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar

Permanent education of mental health professionals: competencies for
interdisciplinary work

João Paulo Lyra da Silva¹

Cláudia Mara de Melo Tavares²

RESUMO

Discutem-se algumas habilidades que envolvem a educação permanente interdisciplinar de profissionais de saúde mental. Contextualizado o problema na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), fala-se sobre a educação permanente na construção de competências para o trabalho em saúde. Trabalha-se o conceito de interdisciplinaridade no projeto de atenção psicossocial. Conclui-se que no confronto dos problemas cotidianos, o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e o compartilhamento do poder são os principais desafios para a formação permanente de profissionais de saúde mental e podem ter seu enfrentamento facilitado pelo desenvolvimento e reforço das habilidades de raciocínio indutivo e inteligência associativa.

DESCRITORES: *Reabilitação; Centros de Reabilitação; Relações Interprofissionais.*

ABSTRACT

The goal of this paper is to discuss some abilities in the setting of a interdisciplinary permanent education of mental health professionals. The problem is contextualized in the SUS perspective; permanent education as a tool to build competencies for health work and the interdisciplinary concept of the psychosocial attention project are explained. The conclusion is that when facing everyday problems, the recognition of subjects diversity and participation are the main challenges to the permanent formation of mental health professionals and can be facilitated by the development and reinforcement of inductive thinking abilities and associative intelligence.

DESCRIPTORS: *Rehabilitation; Rehabilitation Centers; Interprofessional Relations.*

¹ Médico psiquiatra, mestre em saúde pública, pesquisador convidado do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rua Alice, 1.950
CEP 22.241-020 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: jplyra@ensp.fiocruz.br

² Enfermeira psiquiátrica, doutora em enfermagem, professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF)
Rua Tavares de Macedo, 20, A/1104
CEP 24230-211 – Niterói – RJ
E-mail: claumara@vr.microlink.com.br

INTRODUÇÃO

As mudanças no modo de produzir capitalista têm resultado em fortes impactos sobre a força de trabalho. Do fordismo à acumulação flexível, o trabalhador passa da realização de uma única tarefa à multiplicidade delas. Passa do pagamento com base na definição 'oficial' do emprego ao pagamento por um sistema detalhado de bonificações. De um alto grau de especialização de tarefas para a eliminação da demarcação das mesmas. De pouco ou nenhum a um longo treinamento no trabalho. De uma organização vertical no trabalho a uma mais horizontal. De nenhuma experiência na aprendizagem à aprendizagem no trabalho. Do disciplinamento da força de trabalho com ênfase na redução da responsabilidade do trabalhador à ênfase na co-responsabilidade do trabalhador. De nenhuma segurança no trabalho à grande segurança no emprego para os trabalhadores centrais – quase como se ele fosse perpétuo – e nenhuma segurança no trabalho e condições ruins para trabalhadores temporários (AZEVEDO, 1998).

Essas mudanças no contexto social atual por si sós já indicam a necessidade de mudança no modo de formação dos profissionais de saúde. No entanto, além delas e da conseqüente resistência a elas, vivemos um momento em que se encontram em cheque os paradigmas

científicos e se afirmam novas tecnologias assistenciais.

No campo da saúde mental o processo de Reforma Psiquiátrica questiona a função de saberes psiquiátricos, ao mesmo tempo em que a assistência tende a mudar do serviço hospitalar para os cuidados no território (AMARANTE, 1998). Território onde uma convivencialidade dos técnicos com a vida local (local que é muito mais do que o espaço físico da unidade e sua circunvizinhança)

O SUS VEM ADQUIRINDO

UM PAPEL ATIVO NA REORIENTAÇÃO
DAS ESTRATÉGIAS E DOS MODOS
DE CUIDAR, TRATAR E ACOMPANHAR
A SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA

é transformada em epicentro da assistência. Tais mudanças demandam necessárias reformulações no preparo de profissionais de saúde.

A Constituição Federal de 1988, ao falar da saúde no capítulo da Seguridade Social, consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS) como instância deliberativa. Esse sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, deve prover atendimento integral, com prioridade para as atividades pre-

ventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, ser organizado com participação da comunidade e ter financiamento público. As leis orgânicas da saúde, complementares à Constituição, determinam a existência de instâncias colegiadas paritárias, com representação do poder público, de técnicos e da comunidade na direção do Sistema: os conselhos – permanentes e renováveis – e as conferências, periódicas.

Para a articulação entre os gestores dos três níveis de governo – municipal, estadual e federal – na negociação, regulamentação e operacionalização das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS foi instituída, por Resolução do Conselho Nacional de Saúde, uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em reunião realizada em 18 de setembro de 2003, a CIT aprovou documento sobre política de educação e desenvolvimento para o SUS, apontando caminhos para a educação permanente em saúde por meio da criação de pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2003).

Nesse documento, lê-se que o SUS vem adquirindo um papel ativo na reorientação das estratégias e dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, tendo sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e nos modos de ensinar e aprender, por intermédio de diversos programas. Mas, lá está ainda. Só recentemente o Ministério da

Saúde assumiu a formulação das políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil, tendo para isso criado uma secretaria específica, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – com atribuições, entre outras, de propor e formular políticas relativas à formação, ao desenvolvimento e à educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade; capacitar profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; e interagir com a escola básica no tocante aos conhecimentos envolvendo saúde para a formação da consciência sanitária.

Os três eixos fundamentais definidos para tais ações são: a relação entre educação e trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; e a produção e disseminação de conhecimento. Propõe-se, então, neste documento, a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, tendo como estratégia operacional a cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de

ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades.

Assim, o fortalecimento do SUS desafia o aparato formador a melhor contribuir na reforma do ensino e das práticas na área da saúde. Não é mais possível que as universidades formem profissionais distantes da realidade dos serviços públicos de saúde. Impõe-se como desafio que o sistema formador incorpore o mundo do trabalho como eixo produtor de conhecimentos e definidor de de-

AS REFORMAS EDUCACIONAIS NO BRASIL,
COMO EM DIVERSOS PAÍSES, EVIDENCIAM A
BUSCA DE FORMALIZAÇÃO DE UMA PEDAGOGIA
DAS COMPETÊNCIAS, A FIM DE SUPERAR
O ENFOQUE DESCONTEXTUALIZADO
E DISCIPLINAR DO ENSINO

mandas educacionais, de modo que as experiências do trabalho passem a ser o ponto de partida para a análise crítica e a tomada de decisões em saúde (CARVALHO; MOTTA, 2003).

A estratégia tradicional de formação universitária, intramuros, centrada na doença e nas ciências básicas, precisa ser transposta, buscando-se na rede de serviços públicos novos espaços para a formação profissional, valorizando-se os aspectos de promoção da saúde e de

prevenção de danos. No entanto, a fundamentação teórico-metodológica e a prática docente ainda são fortemente influenciadas por abordagens tradicionais de ensino-aprendizagem, o que torna urgente a necessidade de se equacionar o treinamento, a capacitação docente e o desenvolvimento de pesquisas que sustentem novas práticas.

Já no serviço, como antes exposto, a reorientação da política de recursos humanos no atual sistema de saúde aponta para a necessidade de qualificação de profissionais frente às ações concretas do mundo do trabalho.

As reformas educacionais no Brasil, como em diversos países, evidenciam a busca de formalização de uma pedagogia das competências, a fim de superar o enfoque descontextualizado e disciplinar do ensino, com base na transmissão de conhecimentos específicos. A preparação do trabalhador, segundo Ramos (2001), passou a exigir processos educativos mais amplos e problematizadores, que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter global, indo além da aquisição formal de conhecimentos acadêmicos, construindo saberes a partir das experiências vividas no trabalho, na escola e na vida.

Deluiz (2001) destaca a importância de ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política,

comunicacional e de inter-relações pessoais, para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho, o que reforça a necessidade de modelos de formação baseados em competências profissionais.

Trabalharemos, aqui, com a noção de que competência é um conjunto de conhecimentos ou saberes; habilidades, mais que o reflexo da simples atuação física, são consideradas noções inerentes à prática do trabalho; e atitudes são noções relativas à sabedoria da pessoa, feição intrínseca a um trabalho ético e de qualidade, realizado por meio da cooperação, solidariedade e participação na tomada de decisões. As competências sempre se manifestam por comportamentos observáveis, e trazem implícitos os conhecimentos tecnológicos, as bases científicas e instrumentais dessas tecnologias e as atitudes e valores inerentes à realização do trabalho.

No campo da formação permanente em saúde mental, destaca-se que treinamento em habilidades perceptivas como raciocínio indutivo e inteligência associativa, em um ambiente multidisciplinar (BUGGE *et al.*, 1999), associados a uma adequada apropriação do conceito de interdisciplinaridade devem estar no centro da formação profissional na perspectiva territorial ou comunitária. O processo seria desenvolver-se a capacidade de construir conhecimentos novos por meio de situações ob-

servadas na realidade, na convivência, desencadeando um processo de ação-reflexão-ação e a construção de uma prática interdisciplinar.

A partir de Primi e colaboradores (2001), podemos observar, no que se refere aos processos cognitivos, a distinção entre uma inteligência cristalizada, a qual prioriza o conhecimento, e uma inteligência fluida, a qual prioriza o processamento desses conhecimentos. A primeira é mais ligada à informação ou ao acervo de

A INTELIGÊNCIA ASSOCIATIVA
SERIA UM DOS ASPECTOS DA
INTELIGÊNCIA FLUIDA, CHAVE
PARA A INCORPORAÇÃO DA
INTERDISCIPLINARIDADE

conhecimentos. A segunda, a seu processamento como o de relacionar idéias complexas, formar conceitos abstratos e deduzir, ou

às operações mentais realizadas quando se resolvem problemas relativamente novos, para os quais existem poucos conhecimentos previamente memorizados. Esta capacidade implica na criação de estratégias a partir da organização das informações disponíveis na situação e da reorganização de esquemas disponíveis em nosso estoque de conhecimentos

No desenvolvimento da inteligência fluida, em processos educativos mais amplos e problematizadores, de ação-reflexão-ação, e na construção de uma prática interdisciplinar estaria a possibilidade de se melhor utilizar o raciocínio indutivo. A inteligência associativa seria um dos aspectos da inteligência fluida, chave para a incorporação da interdisciplinaridade.

ASPECTOS CRÍTICOS DA FORMAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Vivemos hoje um processo de esgotamento de um caminho e de busca de alternativas. Evitando-se a adoção de um modelo de formação, são muitos os movimentos e processos de mudança e as experiências em andamento, com vista à construção de uma educação crítica.

Novas tecnologias de informação e comunicação e rápidas mudanças no conhecimento impõem os conceitos de rede, integração e educação permanente ao ambiente de flexibilidade. Os mecanismos de educação devem ser condizentes com tais transformações.

Considerando essa pretensão, é fundamental o desenvolvimento de uma visão sistêmica da formação, mediada por uma prática integradora, que busque aproximação e interação entre diferentes áreas de conhecimentos, projetos, atores e segmentos sociais.

A formação do profissional de saúde tem sido amplamente debatida no cenário nacional e muitos problemas já foram identificados, entre os quais destaca-se o distanciamento da aprendizagem do contexto social, estando sempre presentes nesses debates a necessidade imperiosa de se construir esquemas integralizadores e de linhas de ação compatíveis com a realidade de saúde do país.

É preciso considerar que processos profundos de mudança na formação educacional são complexos. Envolvem mudanças de conceitos, de postura, de lugares e de relações institucionais, levando ao enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados, hegemônicos, para a construção de alternativas que não estão dadas. São processos que implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e que estão sob risco o tempo todo (FEUERWERKER, 2002).

Na área de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica apontou a necessidade de mudança na formação profissional, colocando o próprio campo de saber psiquiátrico em questão e lançando o desafio profissional de repensar as relações entre conhecimento e objeto, sem deixar de alertar para a complexidade dessa relação, problematizando a própria naturalização da noção de doença (AMARANTE, 2003).

Surgem assim novas tendências em relação ao trabalho em saúde mental, este se torna mais interdisciplinar, indeterminado, complexo, flexibilizado, crítico, singular e criativo. O profissional de saúde mental estabelece relações com outras práticas sociais, num processo de interdisciplinaridade e intersetorialidade¹ com o propósito de alcançar a integralidade do cuidado em saúde. A natureza deste trabalho reveste-se de imprevisibilidade, em

É PRECISO CONSIDERAR
QUE PROCESSOS PROFUNDOS
DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO
EDUCACIONAL SÃO COMPLEXOS.

que o trabalhador não só tem que fazer escolhas, mas criar soluções individuais ou coletivas para enfrentar problemas postos pelo cotidiano da atenção psicossocial, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades.

Para tanto é necessário desenvolver diferentes níveis de competên-

cias. Tomando-se como parâmetro a Resolução n.4, de 8/12/1999, citada por Deluiz (2001), destacamos como competências necessárias nesse campo profissional: competências comunicativas – capacidade de expressão e comunicação, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal; competências pessoais – capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima; competências de cuidado – capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida; competências sociopolíticas – capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

É importante ressaltar que, no caso da saúde mental, tais competências estão sendo desenvolvidas nos novos serviços de atenção psicossocial, servindo como parâmetro de ajuste da lógica de formação, ou seja, não são meras conjecturas teó-

¹ Intersetorialidade é aqui entendida como a possibilidade de integração e de trabalho conjunto de diversos setores de um organismo, ou de vários organismos, de modo que possam funcionar em sinergia na gestão pública de um território bem definido, agindo sobre a realidade sob a lógica de problemas prioritários, definidos de forma democrática (REDE UNIDA, 2002).

ricas, mas valores práticos. Como em muitas experiências de transformação do processo de formação profissional permanente, a participação dos atores dos serviços, da comunidade e da academia na definição de novos saberes e habilidades a serem desenvolvidos pelo profissional tem sido essencial para que se revelem novas competências e para que novas práticas (para responder aos novos problemas) sejam construídas. E essas novas práticas incluem uma nova tecnologia no planejamento e na construção de conhecimentos e objetivos educacionais, agora não mais como objeto exclusivo da prática acadêmica.

Segundo Vaz (1999), o atual modelo de formação das escolas médicas não corresponde às necessidades colocadas pelos pacientes, presumindo-se que a principal qualidade dos profissionais deveria ser medida pela sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que requereria sua competência para realizar uma clínica ampliada.

Compreendemos o conceito de Clínica Ampliada como uma reformulação de concepções tradicionais sobre a atenção e seu objeto (ROTELLI, 1990; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; GOLDBERG, 1994; AMARANTE, 2003; CAMPOS, 2003), como um trabalho na invenção de dispositivos de ação e intervenção para além das técnicas ou das atividades terapêuticas *stricto sensu*, como uma clínica de ações elaboradas em grupos, seto-

res da coletividade, movimentos sociais, instituições, e ações construídas junto com os usuários em sua condição de sujeitos, seja enquanto indivíduos, grupos, famílias, casais, instituições, ou movimentos sociais, e na forma – momento ou espaço – como possam produzir interlocução na assistência e com a mesma. Uma reformulação de conceitos que exige do serviço a possibilidade de arquitetar intervenções técnicas múltiplas e variadas – como

TRABALHAR LEVANDO-SE EM CONTA OS
PROBLEMAS OU A PROBLEMATIZAÇÃO TEM
OCASIONADO A BUSCA DE CAMINHOS QUE
VIABILIZAM A ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR
DAS QUESTÕES LEVANTADAS

psicoterapias, processos de análise de demandas, oficinas de expressão e/ ou produção de potencialidades corporais, plásticas, musicais, orientação vocacional, atendimento psicopedagógico, atendimento psicofarmacoterapêutico, acompanhamentos terapêuticos, atendimentos em torno de temáticas específicas como violência doméstica, adoção, psico-oncologia, adolescência, terceira idade, violência institucionalizada – articuladas em parcerias

com outras instituições de saúde, educacionais, jurídicas, assistenciais. A idéia é de que a assistência vá ao encontro da existência que sofre, a fim de criar momentos e espaços de garantia para a produção de vida.

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.

Trabalhar levando-se em conta os problemas ou a problematização tem ocasionado a busca de caminhos que viabilizam a abordagem interdisciplinar das questões levantadas. Trabalhar sobre problemas também tem aberto espaço para tratar de maneira mais integral temas e conteúdos, aumentando a chance de escapar das concepções reducionistas (LÜCK, 1994), biologicistas, psicologizantes ou sociológicas.

Ao desenvolver a formação profissional nos serviços de saúde mental da rede pública de atenção, ampliam-se as alianças estratégicas entre serviço-universidade para o desenvolvimento de um trabalho integrado, fortalecendo e ampliando conhecimentos e seu espaço de atuação. A troca permanente de informações e experiências na área de formação e o aprimoramento de recursos humanos para o setor saúde são ativadas por meio de um ensi-

no baseado na construção compartilhada do conhecimento.

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAL EM SAÚDE E A INTERDISCIPLINARIDADE

A evocação do trabalho interdisciplinar é antiga, contudo sua adoção ainda se faz, e cada vez mais, necessária no campo da atenção à saúde mental, tendo em vista a complexidade do processo do adoecer humano e a ampliação do seu campo de interdependência. O mundo não é feito de coisas isoladas, existe uma complementariedade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares.

Japiassu (1976) define a disciplinaridade como um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias nas distintas áreas de ensino, método etc., cuja exploração conduz a novos conhecimentos que substituem os antigos. Para este autor, a interdisciplinaridade busca a superação das fronteiras disciplinares. Podendo-se construí-la pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, seja pela unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou pelo estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas. Observa-se uma troca profunda entre disciplinas, em que os instrumen-

tos, métodos e esquemas conceituais podem vir a ser integrados.

Almeida Filho (1997) apresenta um esquema conceitual que transcende à questão disciplinar. Para ele, há a multidisciplinaridade, um conjunto de disciplinas que se agrupam em torno de um dado tema, desenvolvendo investigações e análises isoladas por diferentes especialistas, sem que se estabeleçam relações conceituais ou metodológicas entre elas. Corresponde à estratégia mais

O MUNDO NÃO É
FEITO DE COISAS
ISOLADAS, EXISTE UMA
COMPLEMENTARIEDADE
DE DIMENSÕES

limitada, pois continuam a se reproduzir práticas fragmentadas da ciência normal, ainda que se avance na incorporação de múltiplas dimensões de um problema. A interdisciplinaridade seria a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração, desde uma cooperação de complementariedade sem articulações axiomáticas ou preponderância de uma disciplina sobre as demais (pluridisci-

plinaridade), passando pela preponderância de uma delas sobre as demais com ou sem uma axiomática comum (denominadas respectivamente como interdisciplinaridade estrutural ou auxiliar). E a transdisciplinaridade corresponderia a uma radicalização da interdisciplinaridade, pela articulação de um amplo conjunto de disciplinas em torno de um campo teórico e operacional particular, sobre a base de uma axiomática comum e envolvendo um sistema de disciplinas articuladas em diferentes níveis, cuja coordenação se daria pelas finalidades e axiomática comuns. Esse tipo de integração possibilita o desenvolvimento de teorias e conceitos transdisciplinares, cuja aplicação é compartilhada por diferentes disciplinas e abordagens que atuam num campo teórico e operacional.

Interdisciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Se as pesquisas, para produzirem as respostas necessárias, têm de ser construídas interdisciplinarmente, o mesmo deve se aplicar ao processo de ensino-aprendizagem.

Como afirma Nunes (2002), a interdisciplinaridade é um projeto que atravessa indistintamente todas as áreas do conhecimento, em especial a área de saúde. Havendo nas práticas interdisciplinares um espaço privilegiado para repensar teorias, inovar as formas de pensar a saúde, a doença e a prestação de servi-

ços e se concretizar num movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber.

No campo da saúde mental, a interdisciplinaridade coloca-se como um desafio prático frente à gama de corporações profissionais envolvidas no desenvolvimento de ações de atenção psicossocial. A experiência de integração entre diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial. De modo que a complexidade e a reforma do pensamento são elementos constitutivos da formação do futuro profissional de saúde.

O projeto de atenção psicossocial incorpora a interdisciplinaridade como exigência do cuidado, o qual enfoca a pessoa em sofrimento, nossa vida e fragilidade, enfim. Está em pauta a necessidade de construir vínculos, de acolher o sofrimento, de construir uma prática criativa, solidária e saber transitar por um conhecimento ecocêntrico, complexo, multidimensional, que privilegie o intercâmbio entre vida e idéias (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença e a complexidade do objeto de trabalho em saúde mental passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar, que implique na demolição das fronteiras entre as diferentes disciplinas e modos de abordagens.

Cada vez mais se diferencia e amplia o campo de saber em saúde mental. O fazer profissional demanda conhecimentos diversos que, sob distintas perspectivas, coexistem, na busca de integrar o homem em suas várias dimensões como, por exemplo, biológica, política, social, filosófica, religiosa. A razão, a emoção, a quantidade, a qualidade, o técnico, o ético, o estético, o econômico, o político, o cultural e o científico convivem como saberes que

NA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR
EM SAÚDE MENTAL, CADA
PROFISSIONAL DESENVOLVE SUA
AÇÃO E SABER COMPARTILHADOS
COM OUTROS PROFISSIONAIS

se diferenciam. Diferenciam-se, mas se inter-relacionam na tentativa de apontar caminhos que possibilitem a compreensão do sujeito em sofrimento psíquico e, sobretudo, o respeito à sua dignidade.

Na prática interdisciplinar em saúde mental, cada profissional desenvolve sua ação e saber compartilhados com outros profissionais, sendo todos autores e atores de um projeto coletivo. Neste tipo de trabalho, a competência de cada profissional

fica diluída, uma vez que as especificidades profissionais não são 'identidades' a serem defendidas, mas instrumentos de ação que se transformam a partir do agir cotidiano, de novos conhecimentos e das interações sociais (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Busca-se na prática em saúde mental a superação das fronteiras disciplinares, através da definição do que as diferentes profissões têm em comum em níveis de integração mais profundos, através da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma nova linguagem consensualmente construída entre os profissionais.

FORMAR, NA PERSPECTIVA DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O fracasso de experiências de Reforma Psiquiátrica, nas quais criou-se um grande número de serviços alternativos ao hospital, se deveu ao fato de esses serviços não terem sido embasados em profundo desmonte de valores inerentes aos procedimentos, idéias e protocolos de ação, metas e métodos, estilos do trabalho dos profissionais; não terem representado uma inserção em novas práticas discursivas que incluam uma contratualidade social, legal e existencial dos usuários totalmente diferente da antes existente, e uma ética de responsabilização por parte dos profissionais que tivesse excluído o reducionismo biológico, psicológico e sociológico do problema (ROTELLI, 1993).

As duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental apontam para um modo psicossocial de atenção a ser alcançado, que combinaria quatro parâmetros (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001): implicação subjetiva do usuário; horizontalização das formas de organização das relações intra-institucionais; integração das ações no território e superação da ética da adaptação. Tal modo seria exequível nos dispositivos construídos pelas práticas de atenção psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, o debate principal se deu em torno do eixo temático de reorientação do Modelo Assistencial. Foram indicados como subtemas: recursos humanos, financiamento, controle social e direitos e acesso à cidadania.

Enumeramos, a seguir, os pontos de partida para as discussões:

Entendeu-se a Reforma Psiquiátrica como transformação em política pública comprometida com a melhoria das condições de vida; a garantia de direitos de cidadania; a redução das desigualdades sociais e o enfrentamento da exclusão social.

Reconheceu-se que, embora venha se delineando uma tendência à redução no número de leitos e de hospitais psiquiátricos, permanecem, no final de 2001, mais de 61.000 leitos em 260 hospitais psiquiátricos no país – 80% destes leitos alocados no setor privado con-

tratado. A permanência desses leitos e a implantação dos serviços ditos substitutivos não impediam a existência de camadas significativas da população sem acesso à atenção psiquiátrica e em saúde mental, sendo que muitas pessoas com transtornos mentais se encontravam em graves situações de abandono ou, ainda, em situações de institucionalização nas próprias casas. Mas garantia, auxiliada pela ausência ou fragilidade de laços sociais e pela

CONSTATOU-SE A
NECESSIDADE DE
REDIRECIONAMENTO DE
RECURSOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DE REDES
MUNICIPAIS DE ATENÇÃO

ausência ou insuficiência de processos de reabilitação psicossocial, a presença de mais de 20.000 pessoas institucionalizadas há mais de um ano, à época, no país.

Constatou-se a necessidade de redirecionamento de recursos para a implementação de redes municipais de atenção, assim como de projetos e ações que viabilizassem: o fortalecimento do poder contratual dos usuários; o acesso aos direitos; a ampliação das redes sociais e de

suporte; e a efetiva participação na vida pública.

Propuseram-se projetos e ações, tais como bolsas para as pessoas desinstitucionalizadas de longo tempo de internação; acesso efetivo às iniciativas educacionais e culturais e programas de formação e capacitação para o trabalho.

Avaliou-se que no panorama da reforma psiquiátrica, apesar de muitas iniciativas existentes, o modelo tradicional permanecia hegemônico, situação que podia ser expressa fosse pela capacidade instalada, ou quando se verificava o total de gastos com transtornos mentais na rede hospitalar. Tal realidade estava em dissonância com as necessidades da demanda, as diversas experiências municipais já desenvolvidas que demonstraram a viabilidade de outra forma de atenção, da ampliação do movimento social, do arcabouço legal das leis estaduais e municipais e da promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Havia necessidade de aprofundar diversas temáticas neste tópico, como, por exemplo, a atenção às pessoas envolvidas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a atenção à população em situação de rua, a atenção à criança e ao adolescente e aos idosos.

Afirmou-se a meta de transformar o modelo atual, consolidando a implementação, no contexto do SUS, de um modelo de atenção em saúde mental totalmente substituti-

vo ao manicomial, que fosse humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social. Para tanto, urgia a necessidade de que fossem desenvolvidos programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, com garantia do acesso, acolhimento, responsabilização, produção de novas formas de cuidado do sofrimento, com vista aos processos de autonomia, construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos.

Pedia-se definição para questões relacionadas aos recursos humanos, como as características, conhecimentos e práticas dos técnicos necessários à construção do novo modelo assistencial e a articulação entre ensino, pesquisa e assistência na rede de cuidados.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental determinou, em resposta, a elaboração de uma política de recursos humanos com as seguintes diretrizes para a formação dos trabalhadores em Saúde Mental: capacitar e qualificar continuamente por meio de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; democratizar as relações e as discussões; investir na implementação das novas tecnologias de educação, informação e comunicação; romper com os 'especialismos' por intermédio do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, inculcando uma visão inte-

gral e não-fragmentada da saúde; estimular o trabalho intersetorial, e a integração e o diálogo do saber científico convencional com os saberes populares.

Em que pesem as claras indicações de mudanças nas políticas de Recursos Humanos, não há uma prescrição clara do conteúdo ou de competências mais específicas a serem esperadas dos técnicos trabalhadores em Saúde Mental. Não se esclarece, a partir das discussões e

CONSTRUIR UMA
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
REPRESENTA ASSOCIAR
SENTIDO AO SABER,
CRIATIVIDADE À RAZÃO

definições das Conferências de Saúde Mental quais as competências específicas do profissional de Saúde Mental para que se habilite a realizar profundo desmonte de valores; a inserção em novas práticas discursivas totalmente diferentes das já existentes e uma ética que exclua os reducionismos.

Para enfrentar a falta de definição, no âmbito das políticas educacionais, de outras competências que não vinham sendo desenvolvidas

pelos profissionais de saúde mental que trabalhavam anteriormente apenas no ambiente hospitalar, Bugge (1999) identificou como habilidades comuns a profissionais de diferentes formações necessárias ao ambiente de trabalho comunitário: comunicação, inter-relacionamento, desenvolvimento de autonomia, avaliação e aconselhamento. O desenvolvimento de tais competências pode ser abarcado pelo conjunto de profissionais de saúde mental sem ferir as habilidades específicas que possuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista já um grande acúmulo de idéias na discussão teórico-conceitual sobre aspectos acerca das mudanças desejáveis na formação do profissional de saúde mental, falta ainda maior definição sobre o processo de implementação de tais mudanças e as competências a serem alcançadas.

No confronto com os problemas cotidianos, o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e o compartilhamento do poder são os principais desafios para a formação de profissionais em saúde mental numa perspectiva interdisciplinar.

Construir uma formação interdisciplinar representa associar sentido ao saber, criatividade à razão; unir disciplinas e concepções diversas; reconhecer parcerias, interagir com diferentes culturas e ampliar continuamente as formas de participação.

Para tal, é importante desenvolver competências básicas, comunicativas, pessoais, de cuidado e sociopolíticas, e neste desenvolvimento de competências na construção de uma prática interdisciplinar são fundamentais as habilidades como inteligência associativa e raciocínio indutivo.

Sabemos que tudo isto não é um objetivo facilmente alcançável. A definição do raciocínio indutivo e da inteligência associativa como habilidades fundamentais já é um avanço neste sentido. Faz-se necessário, porém, o estabelecimento de uma definição mais clara dos mecanismos para implementar seu treinamento e avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, 1997.
- AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- _____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AZEVEDO, Mario Luiz. A teoria do capital humano. Disponível em: <http://www.aden.org.br/revista_ateoriadocapitalhumano.htm>. Acesso em: 15 set. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Cuidar, sim. Excluir, não. Caderno Informativo. Brasília, DF: Coordenação de Saúde Mental, Assessoria Técnica, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- BUGGE, Carol; SMITH, L. N.; SHANLEY E. A descriptive survey to identify the perceived skills and community skill requirements of mental health staff. *Journal of Advanced Nursing*, v. 29, n. 1, 1999. p. 218-228.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde paidea*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CARVALHO, Maria Alice; MOTTA, José Inácio. *Currículo baseado em competência na área de saúde pública: avaliando uma proposta metodológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. (mimeo).
- COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, C. A.; YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001. p. 12-25.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise In: DELGADO, Jaques (Org.) *A loucura na sala de jantar*. Santos, SP: edição própria, 1991.
- DELUIZ, Neise. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: *Formação/Ministério da Saúde*. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF: v. 1, n. 2, 2001. p. 5-15.
- FEUERWERKER, Laura. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- GOLDBERG, J. *Clínica da psicose um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corà, 1994.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LÜCK, H. *Pedagogia interdisciplinar; fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.
- NUNES, Everardo. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, set./dez., 2002. p. 249-258.
- OLIVEIRA, F.; SILVA, A. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 53, n. 4, out./dez., 2000. p. 584-592.
- PRIMI, R. *et al.* Competências e Habilidades Cognitivas: Diferentes Definições dos Mesmos Construtos *Psic.: Teor. e Pesq.* Brasília, DF, v. 17, n. 2, maio/ago. 2001.
- RAMOS, Marise. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: *Formação/Ministério*

da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF, v. 1, n. 2, p.17-26, 2001.

REDE UNIDA. Intersetorialidade e Formação dos Profissionais de Saúde. In *2º Fórum de Debates da Rede UNIDA & OPAS/RH Grupo Temático 3*. 2002. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/forum/grupo3-desc-compl.asp>>. Acesso em 22 out. 2003.

ROTELLI, Franco *et al.* Desinstitucionalização In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTELLI, Franco. 8 + 8 principi per una Strategia di Psichiatria Comunitária, Collettiva, Territoriale (versus Salute Mentale). In: Per la normalità – Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma scritti 1967 – 1998 – Trieste: Scienza Nuova, Asterios Editore, 1999. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_pucaf_8+8_it.pdf. Acesso em: 29 ago. 2002.

VAZ, Zeferino. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar., 1999.

XAVIER, CACO. Formação profissional em saúde. *RADIS: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, n. 3, out., 2002, p. 10-17.