

## **O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática**

### **Thaís Thomé Seni S. e Oliveira**

Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo, docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, membro do grupo de pesquisa Recursos Humanos em Saúde Mental-REHUSAM-USP.

### **Fernanda Ribeiro da Gama Leme**

Psicóloga, aprimoranda do curso de Psicologia Clínica na Saúde Reprodutiva da Mulher do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, CAISM, UNICAMP.

### **Kathia Regina Galdino Godoy**

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina.

Endereço para correspondência:

Departamento de Psicologia e Psicanálise

Universidade Estadual de Londrina, Rodovia Celso Garcia Cid PR 445,  
km 380 - 86051-990 – Londrina-PR

Telefones: (43) 33714397/(43) 84157951

<thseni@yahoo.com.br>

\* Este trabalho constitui um recorte dos resultados da experiência de estágio supervisionado pela primeira autora e realizado pelas outras duas autoras durante o ano de 2008, que integraram o grupo de estagiários do quinto ano de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

### Resumo

Cabe aos profissionais de saúde mental, em grande medida, efetivar diretrizes da reforma psiquiátrica em suas práticas. Isso exige adequações desde a formação em saúde até o desenvolvimento em serviço. Este trabalho objetiva investigar concepções sobre especificidades do trabalho em saúde mental, como também relatar a experiência de “espaços de cuidado” com profissionais de três equipes de saúde mental, buscando contribuir para estratégias de educação permanente. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com 48 profissionais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas qualitativamente. Os resultados apontam sobrecarga emocional; necessidade de afinidade com a área; necessidade de capacitação; necessidade de redução da carga horária; necessidade de melhora na comunicação e funcionamento da equipe; e necessidade de espaços de cuidado para os cuidadores.

### Palavras-chave:

Saúde mental; Equipe interdisciplinar; Educação permanente; Desenvolvimento profissional; Grupos.

O novo modelo de atenção em saúde mental, resultado da reforma psiquiátrica, preconiza a mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, o investimento na reinserção psicossocial dos usuários e o protagonismo de profissionais e usuários dos serviços na produção de saúde e de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar que, apesar do movimento ter sido iniciado em 1978, é apenas em 2001 que a lei da Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10.216, conhecida também como Lei Paulo Delgado, é sancionada, após 12 anos de tramitação.

As políticas em saúde mental do Brasil têm como referência as diretrizes estabelecidas na Declaração de Caracas de 1991 (BRASIL, 2005; MARI *et al.*, 2006), caracterizando-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a transição de um modelo de assistência em saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. Propõe a atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, vinculando o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e qualidade de vida. Incentiva a postura ativa e a autonomia dos usuários, gerando transformações nas concepções e práticas de saúde mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área (AMARANTE, 1999).

O período atual caracteriza-se pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e pela fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005). Dessa maneira, as ações do Ministério da Saúde para a Reforma Psiquiátrica consistem na estruturação de programas e dispositivos de atenção em saúde mental. Entre esses dispositivos temos: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, Ambulatórios de Saúde Mental e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Os CAPS podem ser considerados fundamentais nessa nova modalidade de atenção. Constituem dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, responsáveis por prestar atendimento clínico diário, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Podemos dizer que o CAPS é o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo durante todo o seu tratamento (BRASIL, 2005).

Nos últimos anos, houve um substancial aumento no número destes dispositivos, o que segundo Mari *et al.* (2006) é uma evidência positiva em termos de humanização na área. Porém, os autores apontam a necessidade de avaliação dos serviços e qualificação dos profissionais que neles atuam.

### SAÚDE MENTAL, RECURSOS HUMANOS E SUS

Segundo Chen *et al.* (2004), a eficiência de um sistema de saúde está diretamente relacionada ao desempenho dos trabalhadores que o constituem. Rigoli *et al.* (2006) apontam que cada vez mais os países da região das Américas constatarem que muitos problemas dos seus sistemas de serviços de saúde, como a iniquidade ao acesso aos serviços, o descuido com a saúde coletiva e as dificuldades na gestão, estão relacionados aos recursos humanos em saúde. Conclui-se que, sem mudanças nas ações e capacidades dos trabalhadores de saúde, qualquer tentativa de reforma não produz efeitos, ou mesmo, produz efeitos contrários (RIGOLI *et al.*, 2006).

Em relação ao SUS, pode-se dizer que a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde estão previstos desde sua implantação pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde de 1990, porém, como destacam Motta *et al.* (2001), as dificuldades na qualificação e "requalificação" de profissionais da saúde sempre estiveram presentes, constituindo ainda um desafio para o bom funcionamento do sistema. A primeira conferência realizada após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, endossada por todas as posteriores, sugere que para implementar o SUS é necessário assegurar políticas para a capacitação ou desenvolvimento e para a formação profissional. Neste sentido, a XI Conferência Nacional de Saúde de 2000 reafirma a necessidade de os governos federal, estaduais e municipais assumirem a responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS. Foi destacada, também, a necessidade de descentralizar e regionalizar os processos de formação e desenvolvimento profissional (CECCIM *et al.*, 2002).

Ao olharmos para a rede de serviços que compõe o sistema, podemos constatar que a transformação que se propõe envolve políticas, diretrizes e modos de organização do trabalho que se refletem nas práticas em saúde, como também a revisão e a construção de novos modelos de formação e desenvolvimento profissional em seus diversos níveis.

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) realizou uma consulta regional sobre os desafios dos recursos humanos em saúde na região das Américas (RIGOLI *et al.*, 2006). Os resultados dessa consulta sugerem cinco desafios críticos, dentre eles a adequação da força de trabalho e da formação em saúde:

1. Definir políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolvimento da capacidade institucional para colocá-los em prática e revisá-los periodicamente. (...)

5. *Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições de ensino (universidades, escolas) e os serviços de saúde que permitam adequar a formação dos trabalhadores de saúde para um modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população.* (RIGOLI *et al.*, 2006, p. 9)

Em recente artigo sobre o tema, Almeida e Ferraz (2008) destacam que investir nos recursos humanos em saúde envolve os seguintes aspectos: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas do SUS; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam formação crítica e reflexiva e integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde através de políticas de educação permanente em saúde.

Assim, uma efetiva ação com os profissionais que constituem os recursos humanos nas redes de saúde pública em seus níveis municipal, estadual e federal demanda desde investimentos na readequação da *formação*, através da reestruturação dos currículos e das metodologias dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, até o *desenvolvimento* dos profissionais que já estão atuando nos serviços.

Atualmente, temos um eixo norteador para as transformações apontadas como necessárias, que contempla a ideia de que os profissionais de saúde são, em grande proporção, o próprio sistema de saúde (CHEN *et al.*, 2004; FRANÇA, 2005; ISHARA, 2007): o "atendimento humanizado".

Afinando-se com essas perspectivas, existem algumas ações do Ministério da Saúde, como o Plano Nacional de Humanização – o "*Humaniza SUS*", que se apresenta como uma estratégia para alcançar maior qualificação da atenção e da gestão dos processos de trabalho em saúde, através de um

projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais, e destes com os usuários na produção de saúde. É uma política nacional que opera transversalmente em todos os níveis do sistema, e tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão (DIMENSTEIN, 2006). Envolve uma série de estratégias em pelo menos sete eixos: gestão do trabalho, financiamento, atenção integral, educação permanente, informação/comunicação, acompanhamento e avaliação da PNH no eixo das instituições, sendo pactuada nos níveis estadual e municipal.

Consideramos que “humanizar” possa ser entendido como “rehumanizar”, na medida em que propõe considerar quem se apresenta para ser cuidado como um ser único, que tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e expressar, inclusive suas “dores”. Resgata-se a dimensão relacional do ser humano como constituinte de identidades e construtora de saberes, sentidos e olhares, ampliando o papel do profissional da saúde para o *cuidar*.

Atualmente, diversos autores, estudiosos do fazer em saúde, definem o papel do profissional de saúde como cuidador e enfatizam o caráter essencialmente relacional deste cuidado, propondo que subjetividade passe a ser considerada como intersubjetividade (AMARANTE, 1999; AYRES, 2001; MANDÚ, 2004). Considera-se a contínua reconstrução de identidades, de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, entre outros, que torna necessária a criação de um espaço relacional que extrapole e sobreponha o saber-fazer científico/tecnológico (MANDÚ, 2004); o que está em jogo é a reconstrução da ideia de sujeito, do olhar para a pessoa além da doença que apresenta, considerando-se o conhecimento que possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável nos seus diversos aspectos. Nesse sentido, o encontro intersubjetivo profissional – usuário no atendimento envolve a escuta compartilhada de si mesmos, e sempre se reflete em ambos, podendo contribuir para a emancipação dos sujeitos alvo de cuidados e possibilitar uma participação mais ativa destes na produção de sua saúde, como também um maior protagonismo em relação a aspectos pessoais e sociais (AMARANTE, 1999).

Ampliando o entendimento sobre essas colocações, nossa proposta é um convite a olhar para “o outro” deste encontro: o profissional cuidador,

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

que também se constroi cotidianamente como profissional e como pessoa que sente, que pensa e imprime significados às suas vivências. Nesta direção, a valorização da intersubjetividade na atenção pode possibilitar um olhar “humanizado” também para o profissional de saúde.

### SAÚDE MENTAL: DEMANDAS ESPECÍFICAS PARA O PROFISSIONAL

O profissional de saúde mental cuida de pessoas em sofrimento psíquico. Sua atuação não exige instrumentos complexos, pois seu principal instrumento de trabalho é sua própria pessoa, através do contato direto e prolongado nos espaços relacionais que oferece em sua atuação. Assim, a natureza de seu trabalho engendra um tipo particular de vulnerabilidade em função do constante envolvimento afetivo com os usuários e com os outros profissionais (COLLINS; LONG, 2003; ISHARA, 2007; MILLER, 2007). Demanda, assim, recursos afetivos, posturas profissionais, habilidades e competências que “não se aprendem nos livros”, ultrapassando limites do conhecimento formal: capacidade de comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais, dentre outras (ISHARA, 2007). Em suma, competências necessárias para estabelecer relações “terapêuticas” com os usuários e para trabalhar em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Em função de tais aspectos, diversos estudos apontam que a natureza e a organização do trabalho em saúde mental podem gerar sobrecarga e estresse para os profissionais (MOORE; COOPER, 1996; PRIEBE *et al.*, 2005; ISHARA, 2007; MILLER, 2007; DUBIN; NING, 2008). Em revisão de literatura sobre o tema, Collins e Long (2003) enfatizam os riscos potenciais para a saúde do profissional de saúde mental, apresentando diferentes termos para situações-limites dessa condição: síndrome de *burnout*, traumatização vicária (FARRAR, 2002), contratransferência traumática e estresse traumático secundário. Considerando-se que a qualidade dos serviços prestados está relacionada ao nível de saúde dos próprios profissionais, torna-se imperativa a avaliação dos serviços e da organização do trabalho em saúde mental, já que, como comenta Ishara (2007, p. 2): “a saúde do trabalhador em saúde está implicada na produção de cuidado e na construção da instituição de cuidado”.

Nesse sentido, Galeazzi *et al.* (2004) sugerem que para reduzir esses impactos é necessário que as pesquisas, os treinamentos e o desenvolvimento dos serviços contemplem o trabalho com recursos de relacionamento dos profissionais para atuar dentro da equipe e para a atenção com os usuários.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

Deve-se ressaltar que a visão sobre a necessidade e a importância de investimentos nos recursos humanos da saúde vem se ampliando e algumas ações já estão sendo realizadas. Em relação às políticas nacionais e ações do Ministério da Saúde atuais no que se refere à capacitação e no desenvolvimento dos profissionais, foi criada em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria 198/GM/MS, de 13.2.2004.

Segundo Ceccim (2005), a educação permanente, como vertente pedagógica, ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Segundo o autor, isso se deveu à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo sua complexidade e que somente a aprendizagem significativa é capaz de promover adesão dos profissionais aos processos de mudança no cotidiano.

No contexto da Saúde Mental, o Relatório de Gestão em Saúde Mental do Ministério da Saúde 2003-2006 (BRASIL, 2007) apresenta o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que desde 2002 tem o papel de incentivar e financiar a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, através de convênios estabelecidos com universidades públicas, municípios e Estados. Todavia, o próprio relatório explicita a necessidade de construir um programa mais regular, consistente e de longo prazo para formação e aperfeiçoamento das equipes de saúde mental.

Assim, um dos pontos de partida para a proposição de modificações na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, partindo de uma construção/reconstrução social do trabalho, é a composição do quadro atual, através da escuta dos profissionais de saúde mental. Em sua atuação, partindo da própria subjetividade, o profissional faz leituras peculiares sobre o que são os problemas, as necessidades e as alternativas às situações vividas no cotidiano de seu trabalho. É guiado por determinadas perspectivas afetivas e socioculturais, por experiências práticas e por fundamentos teórico-metodológicos que sustentam seu saber-fazer (MANDÚ, 2004).

As políticas e determinações, para se tornarem efetivas, devem fazer sentido no cotidiano dos serviços. Dessa maneira, uma das formas de fazer valer o que está previsto em diretrizes e leis é partir da realidade imediata, do que faz parte do universo de significações dos profissionais que compõem a rede de serviços de atenção à saúde mental (ISHARA, 2007).



O presente trabalho apresenta duas ações que se adequam a este tipo de proposta: a investigação sobre concepções, significados subjetivos e necessidades dos profissionais em relação às suas práticas de um lado; e a criação de um “espaço de cuidado” para esses profissionais, que teria o objetivo de proporcionar vivências e reflexões sobre o cuidado de si mesmos (OLIVEIRA; LEME, 2009). Segundo, Lunardi *et al.* (2004), o cuidado dos elementos da equipe como sujeitos que necessitam também ser cuidados aumenta a motivação para cuidar e a qualidade do cuidado oferecido. Nas palavras do autor:

Quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais... O cuidado de si constitui-se em parar, dirigir o olhar para nossa vida. (LUNARDI *et al.*, 2004, p. 935)

Desse modo, torna-se essencial que os profissionais possam olhar para si mesmos, para a equipe e para o usuário de modo integral. Para isso, é necessário parar, abrir espaços, constituir grupos de discussão e de cuidado, com o objetivo de problematizar o cotidiano vivido, as dificuldades, os questionamentos, as reflexões e as ações coletivas.

## OBJETIVO

- Investigar concepções, significados subjetivos e necessidades dos profissionais de saúde mental em relação às suas práticas.
- Apresentar resultados de uma proposta para programas de educação permanente, que considera as especificidades do trabalho em saúde mental: o “espaço de cuidado”.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram deste trabalho 48 profissionais integrantes das equipes técnicas – médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pedagogos e oficinairos - dos dispositivos de atenção em saúde mental da grande Londrina-PR.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

Os profissionais estão designados pela sigla correspondente à categoria e por um número, para preservar o sigilo sobre a identidade dos entrevistados.

**Local:**

CAPS AD, CAPS III e Ambulatório/PS Psiquiátrico de Londrina.  
CAPS II de Cambé.

**Instrumentos:**

1. Entrevistas individuais realizadas através de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas qualitativamente.
2. Atividades planejadas em grupo com os profissionais: relaxamento dirigido, técnicas de dinâmica de grupo, atividades expressivas envolvendo desenhos, colagens, pintura e jogos, como facilitadores para o aparecimento de questões individuais e grupais.

**Procedimento:**

Depois de obtida a autorização da Autarquia de Saúde do município, os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa e receberam as instruções e todas as informações referentes ao estudo, segundo a Resolução 96/196.

Após esclarecidas as dúvidas, foram solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Entrevistas:** As entrevistas foram realizadas por uma dupla de estagiários, devidamente treinada para cada serviço. Tiveram duração média de 1 hora cada. Foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas qualitativamente.

**Atividades grupais:** Foram realizados cerca de dez encontros semanais com duração de 1h30. Em média participaram 50% dos integrantes das equipes, em forma de rodízio, para não prejudicar o funcionamento do serviço. Em cada encontro propunha-se uma atividade vivencial relacionada ao tema, seguida de uma reflexão em grupo. Os temas dos encontros abrangeram as trajetórias individuais e da equipe, vivências subjetivas do papel profissional e projetos individuais e coletivos. Posteriormente, surgiu nos grupos a necessidade de se trabalhar questões referentes ao funcionamento grupal: comunicação, papéis prescritos e informais de cada um, assim como as dificuldades e satisfações dos profissionais do CAPS.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

Foram registrados os diários de campo após cada encontro grupal.

### **Análise dos dados:**

Os dados deste trabalho consistem na transcrição na íntegra das entrevistas com os profissionais e nos diários de campo dos grupos realizados. Foi realizada uma análise qualitativa (REY, 2005), segundo o modelo proposto por Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992). As etapas previstas para a análise dentro deste modelo são as seguintes:

- *Leitura exaustiva e repetida* do material para apreensão de ideias centrais e aspectos relevantes sobre o tema, tendo como pano de fundo os dados complementares;

- *Identificação de temas*, inicialmente em cada registro e posteriormente no conjunto, para formação de categorias centrais.

- *Sistematização de categorias centrais* como fruto de constante movimento entre os dados, a abordagem conceitual e a literatura, até a composição de um quadro significativo de análise.

- *Redação final da análise* dos dados visando a vinculação com a realidade e a literatura científica da área, de modo que os indicativos do trabalho de pesquisa possam embasar reflexões sobre a prática profissional na área (PEGORARO; CALDANA, 2008).

## **Resultados e Discussão**

Os resultados deste trabalho estão divididos em duas seções: a primeira se refere a um recorte da análise qualitativa das entrevistas com os profissionais; e a segunda aos registros dos encontros realizados. Optamos por trazer algumas falas ilustrativas em função da riqueza e expressividade do material.

### **1. Vicissitudes do trabalho em saúde mental:**

Os entrevistados elegem como primeira especificidade de seu trabalho na área a grande sobrecarga emocional, com influência, inclusive, em aspectos somáticos; a importância de ter equilíbrio emocional para não se deixar "envolver" pelas situações; a constante necessidade de atenção aos usuários; e o conhecimento de assuntos específicos da área de saúde mental.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

130 Thaís Thomé Seni S. e Oliveira, Fernanda Ribeiro da Gama Leme e  
Kathia Regina Galdino Godoy

Estrutura mental. A pessoa tem que ter um equilíbrio. A gente tem que ter estrutura, senão a gente não consegue cuidar deles, e pior, acaba surtando, como já aconteceu e acontece com diversos funcionários. A gente tem o convívio com eles, a gente cria vínculo com eles e a gente não pode deixar se abater com os problemas deles. Acho que a gente tem que cuidar, conversar, tratar, mas não se deixar levar pelo problema (E3).

Precisa estudar sobre a política de saúde mental, precisa gostar mesmo, ter muita sensibilidade, afetividade, conhecimento das patologias, precisa ter saúde mental e buscar (AS2).

Ao serem solicitados a dar sugestões para seu desenvolvimento profissional, os entrevistados apontam com destaque a necessidade de educação permanente, através de cursos, palestras, supervisão e treinamento na área. Em seus relatos sugerem que essas ações devem envolver aspectos como: a relação profissional-usuário, o desenvolvimento do trabalho em equipe – comunicação e redefinição de funções, o aprofundamento do conhecimento teórico/técnico em saúde mental e a criação de espaços de cuidado para os profissionais.

O respeito, o espaço de escuta, supervisão, cuidado com o cuidador, respeitar opinião e não sobrecarregar o profissional. São essas coisas que poderiam ser feitas (AS1).

A questão do cuidado, precisava mais do que formação técnica. Se não tiver isso daqui a pouco a equipe vai...O serviço te desgasta emocionalmente mas você extravasa isso para o coletivo, ou em casa. Eu falo nas reuniões que a equipe se destroi por causa do desgaste. (P4).

Uma questão relevante trazida pelos entrevistados é a inclusão de um espaço para as ações de capacitação ou educação permanente na rotina do serviço. Em nosso trabalho com os grupos, que detalharemos mais adiante, pudemos observar que essa inclusão é essencial para o maior alcance de tais ações, na medida em que permite que a equipe toda possa participar.

Concretamente, as ações de educação permanente serem inseridas na rotina de trabalho. (...) Estudos, formação que seja junto com o usuário e que tem que existir na dificuldade de encontrar tempo para realizar as atividades (P6).

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

Ceccim (2005) aponta que a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando traz pertinência de conteúdos, instrumentos e recursos para a adequação das práticas cotidianas. Constitui, assim, uma estratégia de desenvolvimento profissional.

É relevante destacar a diferença entre os conceitos de desenvolvimento profissional e formação profissional: segundo Ceccim *et al.* (2002) *formação* se refere à educação formal, que gera uma certificação/habilitação profissional específica, através de programas e cursos de educação em nível técnico ou superior, de graduação e pós-graduação; ao passo que *desenvolvimento* se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor, podendo ser designada de diferentes maneiras, como: educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento e treinamento.

Para Almeida e Ferraz (2008), o desenvolvimento profissional através de programas de educação permanente só poderá acontecer em espaços de aprendizagem significativa, que permitam a construção e reconstrução de sentidos relacionados às práticas profissionais. Propõem que a capacitação profissional em saúde se estruture a partir da reflexão sobre elementos do processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas e da organização do trabalho.

## 2. O cuidado emocional promovendo desenvolvimento profissional

Podemos definir Educação Permanente em Saúde como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão sobre sentidos das práticas produzidas no cotidiano. Assim, segundo Ceccim (2005), programas de educação permanente articulam processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e, ou, o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e, ou, intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Entendemos o “espaço de cuidado”, que foi oferecido como atividade de estágio de alunos do quinto ano do curso de Psicologia, como uma das possibilidades de ação em educação permanente que leva em conta as especificidades do trabalho na área. Podemos dizer que esta proposta

corresponde tanto à educação em serviço quanto à educação formal de profissionais, na medida em que constitui uma aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

Desta experiência de cerca de dez encontros grupais com cada equipe, podemos apresentar quatro categorias que nos permitem vislumbrar dimensões do trabalho:

1. *Permitir-se ser cuidado*: desde os primeiros encontros os participantes mostraram grande interesse e motivação, ressaltando a importância de ter um espaço diferente das reuniões e supervisões já existentes no serviço. Puderam ali expressar sentimentos e opiniões, refletir sobre o cotidiano e suas próprias práticas profissionais, como também ressignificar seu trabalho dentro de sua trajetória pessoal.

No “espaço de cuidado”, através de atividades que tinham como objetivo fazê-los vivenciar e refletir sobre o cuidado de si mesmos (LUNARDI *et al.*, 2004), muitos mostraram dificuldades em se deixar cuidar, além de perceberem a sobrecarga, a falta de tempo e a perseveração do papel de cuidador mesmo fora do contexto de trabalho. Através destas atividades, puderam refletir sobre a importância de cuidar de si também como uma forma de cuidar melhor do outro.

2. *Projetos pessoais X projetos coletivos*: refletiram e compartilharam projetos futuros, metas profissionais e pessoais individuais e da equipe. É importante ressaltar que o trabalho com projetos individuais desencadeou a articulação de projetos coletivos do grupo, em relação aos atendimentos e à criação de espaços relacionais para a equipe fora do ambiente de trabalho.

3. *“O eu e o outro”: da individualidade à coletividade*: os grupos fizeram uma trajetória que partiu de questões e significações individuais dos integrantes e gradualmente chegou a questões referentes ao grupo. Expressaram e compartilharam satisfações e dificuldades decorrentes do trabalho no CAPS, como também a visão do grupo sobre papéis e funções de cada membro. Muitos falaram da satisfação de se trabalhar na área da saúde mental e poder lidar com a diversidade, aprendendo a se desfazer de preconceitos, a aceitar as diferenças e a lidar com potencialidades e limites do outro, seja ele usuário ou profissional.

4. *Ressignificando o trabalho em equipe*: O grupo caminhou para uma “revalorização” de si, trazendo a satisfação em trabalhar em uma equipe interdisciplinar, uma vez que as principais decisões podem ser tomadas pela

equipe, o que contribui para o enriquecimento do trabalho. A ressignificação do trabalho em equipe interdisciplinar vai ao encontro das ideias de Costa (2007), quando menciona que a interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas, e que desse processo interativo todas as disciplinas devem sair enriquecidas.

É importante ressaltar que durante as entrevistas verificou-se que a equipe era vista apenas como multidisciplinar, uma vez, que apesar de haver vários profissionais de categorias diferentes, não se realizava um trabalho em que houvesse trocas e maior intercâmbio de ideias, sendo, inclusive, apontado como aspecto a ser desenvolvido. O relato a seguir exemplifica o exposto:

Tem bastante conflito de opinião. Como é uma equipe multidisciplinar todo mundo quer colocar sua opinião e que prevaleça a sua opinião. Não tem aquela ideia conjunta, de todo mundo querer a mesma coisa. Cada um tem seu argumento e aí tem conflitos de opiniões (E5).

No entanto, no processo de realização dos grupos, puderam compartilhar sentidos e falar sobre suas funções e dos colegas, demonstrando conhecimento sobre o trabalho um do outro, respeito e consideração pelo trabalho dos demais. Evidenciou-se a importância que cada categoria profissional tem para o funcionamento do serviço, proporcionando um reconhecimento dos integrantes e uma ressignificação do trabalho em equipe desenvolvido.

## CONCLUSÕES

Para concluir, partimos da ideia de que o trabalho permite a comunicação entre o mundo interno e externo do trabalhador, numa relação bastante delicada, pois, ao mesmo tempo em que esta relação pode ser geradora de sofrimento psíquico, também pode ser oportunidade de desenvolvimento pessoal e psicossocial. Desta forma, segundo Heloani e Lancman (2004), se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de simbolizar e de chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e de fazer a organização do trabalho evoluir.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

De acordo com Mandú (2004), mudanças na atenção dependem de novos arranjos tecnológicos – instrumentos, saberes e relações dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar – repensados em articulação como os demais componentes implicados no trabalho. Portanto, inovações assistenciais englobam, dentre outros aspectos, a construção/reconstrução social do trabalho como totalidade (MANDÚ, 2004; DIMENSTEIN, 2006), exigindo transformações desde a formação até o desenvolvimento profissional (CECCIM *et al.*, 2002).

A criação de “espaços de cuidado” para os profissionais cuidadores se mostrou produtiva, e podemos dizer que traz elementos para a construção de estratégias em educação permanente que considerem vicissitudes do trabalho em saúde mental e as demandas internas – aos profissionais e à equipe – que acabam por criar.

Assim, a experiência realizada reafirma a importância do investimento na equipe interdisciplinar e no cuidado com os profissionais que a compõem. Nos grupos semanais com as equipes, os profissionais mostraram o quanto o trabalho pôde ser efetivo, na medida em que seus integrantes enfatizaram a satisfação em participar das atividades, além de demonstrar seriedade em todas as questões que surgiram nos encontros. Realizaram, assim, uma verdadeira reflexão sobre suas práticas e o trabalho em equipe, ampliando horizontes ao pensar sobre si como sujeitos que sentem, se relacionam e têm projetos, cuidam e podem ser cuidados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.

AMARANTE P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; DIAS-DA-SILVA, M. G. F. Análise qualitativa de dados de entrevista. *Paideia – Cadernos de Educação da FFCL-RP USP*, n. 2, p. 61-69, 1992.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://fjg.rio.rj.gov.br/publique/media/Relatorio\\_20anos\\_Caracas.pdf](http://fjg.rio.rj.gov.br/publique/media/Relatorio_20anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: maio de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. 85 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2006.p](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.p)> Acesso em: maio de 2008.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CHEN, L. *et al.* Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, v. 364, n. 27, p. 1984-1990, 2004.

COLLINS, S.; LONG, A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, v. 10, n. 4, p. 417-24, Aug., 2003.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, v. 5, n. 8, jun., 2007.

DIMENSTEIN, M. A prática dos psicólogos no sistema único de saúde/SUS. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS, 1., 2006, Brasília. *Fórum...* Brasília: 2006.

DUBIN, W. R.; NING, A. Violence toward mental health professionals. In: TARDIFF, K. (Org.). *Textbook of violence assessment and management*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2008. p. 461-481.

FARRAR, A. R. *Vicarious traumatization with the mental health professional*. Disponível em: <<http://www.apa.org/apags/profdev/victrauma.html>>. Acesso em: Out. 2008.

FRANÇA. *Ensemble contre la crise des ressources humaines pour la santé*. In: FORUM DE HAUT NIVEAU SUR LES OMD LIÉS À LA SANTÉ. Paris, novembro de 2005. Disponível em: <[http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FR\\_CriseResourcesHumanies.pdf](http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FR_CriseResourcesHumanies.pdf)>. Acesso em: setembro de 2008.

GALEAZZI, G. M. *et al.* Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, v. 13, n. 3, p. 191-197, Jul./Set., 2004.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004.

ISHARA, S. *Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial*, 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

LUNARDI, V. L. *et al.* O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino Americana Enfermagem*, n. 12, nov.-dez. 2004.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, 2004.

MARI, J. J. *et al.* Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. *Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2001. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_forma09.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf)>. Acesso em: setembro de 2008.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G. Cuidar do cuidador: ressignificando trajetórias, atuação e projetos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA – CIPSI, 4., 2009, Maringá. *Resumos...* Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2009. p. 100-105.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2008.

PRIEBE, S. *et al.* Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 40, n. 3, p. 223-232, mar., 2005.

REY, F. G. *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2005.

RIGOLI, F.; ROCHA, C. F.; FOSTER, A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 7-16, jan./fev., 2006.

### **Care starts with listening: mental health professionals and practice's vicissitudes**

#### **Abstract:**

It is the health professionals' responsibility, to large extent, to make psychiatric reform goals effective in their practices. Adaptations are necessary throughout their health formation up to service development. Thus, this work aims to investigate the conceptions health professionals hold of the specificities of their work, and to report the "care opportunity" experiences with professionals from three mental health staffs, searching to contribute for strategies of permanent education. Individual semi-structured interviews of 48 professionals were recorded, transcribed and qualitatively analyzed. The results obtained showed emotional overload as well as the need to improve affinity with the mental health area, to increase the number of qualified personnel, to reduce workload and to improve team communication and functioning, as well as to create spaces where professionals could be emotionally cared.

#### **Keywords:**

Mental health; Interdisciplinary staff; Permanent education; Professional development; Groups.

Artigo recebido em: 14/6/2009  
Aprovado para publicação em: 3/9/2009

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 119-138

