

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MONISE CRISTINE SOUZA PAULA

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL COMO FERRAMENTA
TRANSFORMADORA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM CAPS III NA CIDADE
DE CAMPO GRANDE - MS**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MONISE CRISTINE SOUZA PAULA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL COMO FERRAMENTA
TRANSFORMADORA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM CAPS III NA CIDADE DE
CAMPO GRANDE - MS

CAMPO GRANDE (MS)
2022

MONISE CRISTINE SOUZA PAULA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL COMO FERRAMENTA
TRANSFORMADORA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM CAPS III NA CIDADE DE
CAMPO GRANDE – MS

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do Dr. Fernando Pierette Ferrari.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

“Ouve-me, ouve o meu silêncio.
O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa.
Capta essa outra coisa de que na verdade falo porque eu mesma não
posso.”
(Clarice Lispector)

RESUMO

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM CAPS III NA CIDADE DE CAMPO GRANDE - MS

PAULA, M.C.S. **A Educação Permanente em Saúde Mental como ferramenta transformadora do processo de trabalho em um Caps III na cidade de Campo Grande – MS.** Orientador: Dr. Fernando Pierette Ferrari. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

moniseccspaula@yahoo.com.br

Introdução: A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo assistencial aberto e de base comunitária. Constituída por dispositivos assistenciais diversos que devem funcionar de forma articulada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde à solução organizativa proposta para a implementação desse modelo assistencial, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) compreendida como uma proposta de aprendizagem no trabalho. **Objetivo:** Estabelecer a educação permanente no campo da saúde mental, em uma unidade específica de uma grande cidade, de forma a refletir sobre os subsídios que sustentam o exercício profissional neste campo. **Materiais e Método:** As ações se constituíram em três reuniões com membros diversos da equipe, sendo a temática e o modo de intervenção previamente estabelecidos, utilizando-se da metodologia ativa para a problematização da realidade do cuidado e construção de senso crítico individual. **Resultados:** Houve importante colaboração da equipe, sendo as dificuldades encontradas bastante associadas à resistência pessoal. As ações motivaram discussões produtivas e o desejo do estabelecimento da EPS como estratégia frequente nesta Unidade. **Considerações finais:** A participação de servidores com formações diversas nos encontros possibilitou o reconhecimento da EPS como estratégia necessária para o melhor atendimento na Unidade. Apesar de pontuais e raras, houve esperança em relação à mudança do paradigma da doença mental nestes servidores.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Saúde Mental. Educação Permanente. Prática Profissional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1. Objetivo geral	9
2.2. Objetivos específicos	9
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
APENDICE A – NARRATIVA “COMO SERIA O ENVELHECER”	18
APENDICE B – AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DA INTERVENÇÃO	19
ANEXO A – COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo assistencial aberto e de base comunitária. Assim sendo, pelo entendimento de que os Centros de Atenção Psicossocial são importantes serviços substitutivos das longas internações psiquiátricas, estes surgem com a responsabilidade de prestar atendimento clínico por meio de cuidados diários, promovendo a reinserção social de pessoas com transtornos mentais através de ações interdisciplinares (SEBBEN; CETOLIN, 2021).

Estes CAPS são serviços de saúde mental comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) que devem estar articulados com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. O processo de trabalho nesses serviços deve estar pautado no referencial da atenção psicossocial, que é orientado pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, e que compreende a pessoa com sofrimento mental de forma singular e inserida em um determinado contexto (SILVA *et al.*, 2021). Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional que deve estar preparada para lidar com o seu público-alvo, capacitada para disponibilizar um serviço de qualidade e intervenções direcionadas para as necessidades e demandas individuais de cada um dos usuários do serviço (SEBBEN; CETOLIN, 2021). Destaca-se que estes dispositivos estão pautados no atendimento territorializado e enfatizam a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação (MATTOS *et al.*, 2020).

Esses serviços emergem dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) com novas formas de trabalho, novas ideias e a necessidade de novos conhecimentos e práticas. No entanto, a realidade se apresenta de outra forma: os trabalhadores não têm a formação necessária para esse fim. Embora o SUS constitua, a partir da década de 1990, um significativo mercado de trabalho para os profissionais da saúde, os cursos de graduação mantêm uma tradição formativa calcada na clínica liberal-privada. Nesse sentido, o próprio trabalho abriu espaço para o desenvolvimento de certa tradição de uma “formação em serviço”, bastante frequente em todos os municípios e secretarias de estado do país. Esta tradição esteve também presente na construção da política de “recursos humanos” para o SUS, através do conceito de Educação Permanente (FARIA *et al.*, 2021).

Ainda esclarecendo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem nos trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, crítica e transformação. Entretanto, apesar dos avanços teóricos-conceituais do modelo de atenção psicossocial e da orientação para a produção

de cuidado orientada pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), ainda é possível perceber dificuldades, por parte dos profissionais, para reconfigurar suas competências por meio da ampliação de ações e diversificação do arsenal de atividades terapêuticas desenvolvidas. Para tanto, será necessária uma formação pautada na reflexão do processo de trabalho por meio de uma construção conjunta, não impositiva e que abarque a atenção psicossocial (SILVA *et al.*, 2021).

Apesar de já ter obtido alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde no Brasil não tem sido suficiente para a mudança das práticas, inclusive na área da saúde mental. Logo, há uma necessidade crescente de formação e desenvolvimento desses profissionais, a partir de ações de Educação Permanente em Saúde, com o intuito de ressignificar seus perfis de atuação, para o fortalecimento da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

Nesse marco normativo, a EPS foi compreendida como uma proposta de aprendizagem no trabalho, a partir das relações orgânicas entre o ensino e as ações nos serviços, entre a docência e a atenção à saúde, bem como das relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Verifica-se que o Ministério da Saúde define a EPS como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos se constituírem como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (RIOS; CARVALHO, 2021).

Por outro lado, a EPS valoriza o trabalho como fonte de saberes, colocando na sua organização a noção de aprendizagem significativa, que a vincula à problematização dos processos. Assim, a EPS constitui uma iniciativa especialmente importante no campo da saúde mental, uma vez que um dos grandes desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira é a adequada formação de profissionais para o trabalho intersetorial e interdisciplinar, que produza a superação do paradigma da tutela e do estigma do preconceito (FARIA *et al.*, 2021).

Diante do exposto, houve interesse em aplicar um recurso da educação permanente nesta Unidade, com o intuito de mobilizar na equipe multiprofissional a empatia durante a escuta com o usuário e com os demais trabalhadores envolvidos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Desenvolver a escuta qualificada do usuário no campo da saúde mental, em uma unidade específica, sendo esta um Caps III da cidade de Campo Grande – MS.

2.2. Objetivos específicos

- Mobilizar mudanças na postura do trabalhador, relacionadas ao acolhimento do usuário e aos relacionamentos interpessoais na Unidade.
- Promover ambiente acolhedor ao usuário em sofrimento psíquico e sua família, e ao trabalhador sobrecarregado de atividades.
- Melhorar o vínculo dos trabalhadores e a consciência da necessidade do trabalho em equipe.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

Num primeiro momento do projeto, buscando a autorização para a efetivação das ações, foi feito o contato com a gerência da Unidade (representatividade da gestão mais próxima), que prontamente se comprometeu com a estratégia e validou a sua implementação no local. Trata-se de um Caps III, situado num dos mais populosos bairros da capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande.

A partir daí, o próximo passo, no segundo semestre de 2021, consistiu numa entrevista individual não-estruturada com quatro membros da equipe, todos de nível superior – duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social. Houve uma tentativa de escuta para esclarecimento daquilo que incomodava as entrevistadas no funcionamento da Unidade e se existiria um caminho mais tranquilo para o foco da Educação Permanente em Saúde.

A resistência da equipe entrevistada acabou atrasando o desenvolvimento dos encontros planejados, sendo que as tentativas de reunião foram frustradas e o primeiro encontro só aconteceu no final do ano de 2021, numa tarde do dia 02 de dezembro.

Nele, estavam presentes seis membros da equipe (uma médica, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma técnica administrativa e uma terapeuta ocupacional). Esta primeira proposta consistia no desenvolvimento de ideias e problematização da realidade a partir de uma narrativa previamente elaborada; para isso, num primeiro momento, foi esclarecido qual seria o motivo do encontro e a ideia do Projeto de Intervenção, baseado na Educação Permanente em Saúde, com a utilização da metodologia ativa.

Nesta sequência, foi feita a leitura individual da narrativa proposta: **“Como seria o envelhecer?”** (APÊNDICE A) e ocorreu a discussão sobre a situação-problema, com a participação de todos os envolvidos na elaboração das ideias e na busca de possíveis soluções que estariam sob a governabilidade da Equipe.

Após este encontro, o acúmulo das férias de vários membros da equipe, além de um longo período de recesso da Unidade no final do ano (cerca de três semanas), impediu a realização daqueles outros já previamente organizados.

Assim, em março de 2022, uma nova proposta do tutor direcionou o trabalho para a escuta e a acolhida dentro da Unidade. Planejou-se a aplicação de técnicas dinâmicas de contato, já apresentadas anteriormente durante os encontros da pós-graduação.

Comentado [MNSH1]: Precisa igualar o uso do termo durante todo o texto. O uso correto é Educação Permanente em Saúde, e a sigla EPS. Mas, você também utiliza o termo educação permanente e EP.

A oportunidade para a aplicação das dinâmicas só aconteceu em abril de 2022. Durante uma semana houve a realização de dois encontros, em dias e períodos diferentes (buscando diversificar o público de trabalho), um deles pela manhã e o outro à tarde.

Na manhã do dia 12 de abril, estiveram presentes na sala de reuniões nove membros da equipe; sendo eles: duas técnicas administrativas, uma assistente social, uma psicóloga, três técnicos de enfermagem e duas responsáveis pelos serviços gerais e copa. Foi feita a aplicação de uma oficina de escuta, descrita da seguinte forma:

“Iniciar a oficina solicitando que façam duplas, de modo aleatório. Os participantes podem escolher suas duplas. Em pares, cada um terá 4 minutos para responder a questão:

“O que está em meus pensamentos e o que eu gostaria que estivesse em meus pensamentos?”

*Enquanto a primeira pessoa responde, é proibido ao ouvinte emitir qualquer opinião. O ouvinte pode até concordar, demonstrar atenção balançando a cabeça, mas a única frase possível de ser emitida por ele enquanto escuta o outro é: **E o que mais?** – incentivando a continuidade da fala até o final do tempo. A pessoa que fala não pode parar de falar até a finalização do tempo de 4 minutos, respondendo a questão, aprofundando as suas reflexões. Ao término de 4 minutos, ao aviso do moderador que controla o tempo, a segunda pessoa responde à questão, seguindo a mesma regra de não interromper o outro, a não ser pela frase: **E o que mais?**”*

A observação da dinâmica demonstrou que a maioria dos participantes esteve em silêncio por algum período, sem conseguir cumprir a demanda de falar durante 4 minutos seguidos. Uma participante (psicóloga) se recusou a participar quando soube daquilo que se tratava. Apenas duas pessoas cumpriram a atividade conforme a orientação.

Na tarde do dia seguinte, 13 de abril, foi realizada uma nova oficina: FAZER E RECEBER CRÍTICAS (ANEXO A). Esta já havia sido aplicada numa tutoria no primeiro encontro da pós-graduação e foi proposta ao novo grupo. Ele era formado por um médico, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma psicóloga e um técnico administrativo.

Ao final dessas duas atividades, aplicou-se um questionário simples para avaliação do encontro e da proposta de Educação Permanente em Saúde na Unidade (APÊNDICE B).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que ocorra a efetivação da compreensão conceitual da EPS no campo da saúde, e mais especificamente na atenção psicossocial, torna-se necessário, primeiramente, seu reconhecimento e legitimação como movimento e política educativa pelos trabalhadores da saúde no cenário de suas práticas (FERREIRA *et al.*, 2019). Desde o início da pós-graduação, em julho de 2021, houve um desconforto e certa inquietação relacionada à temática da educação/formação do servidor público. Previamente ao curso, já existiria um olhar descontente com a acolhida e a escuta do usuário e do colega de trabalho, na unidade escolhida para a realização do trabalho.

Neste local, era observada uma resistência ao acolhimento mais simples, com frases prontas antes mesmo da demanda ter sido solicitada. Além disso, a gestão observou, diante deste trabalho, a possibilidade de contato com o seu trabalhador mais resistente, o que poderia significar uma mudança de postura da equipe e do atendimento. Houve empatia, direcionamento e solicitação daquilo que ela julgava importante no desenvolvimento da educação permanente em saúde.

A ideia, segundo Sousa *et al* (2020), seria colocar em cena a possibilidade de uma formação mais contextualizada com as problemáticas e os modos de funcionamento loco-regionais, exigindo a desconstrução de práticas baseadas em modelos instituídos de cuidado centrados no trabalho individualizado, fragmentado, mecanizado e que acarreta especialismos. Foi feita uma aposta na EPS e na Educação Interprofissional para superar o modelo hegemônico e produzir cuidado integral, construído a partir das práticas concretas dos profissionais junto aos sujeitos. Vale ressaltar que o cuidado em saúde é dinâmico e, à medida que os profissionais constroem dispositivos de reflexão sobre as práticas que envolvem um saber/fazer no cotidiano, há possibilidades de mudanças na construção do cuidado.

No primeiro encontro, o questionamento já era encontrado no texto e foi possível esmiuçá-lo: existiria uma função estabelecida para cada indivíduo da equipe e, segundo um dos técnicos, “*casos graves como o descrito na narrativa receberiam visitas frequentes e suporte*”. A discussão cresceu e foi necessário redirecionar o foco para o objetivo principal: “*qual seria o papel e a função do trabalhador em saúde*”. Houve alguns relatos pessoais (inconvenientes e descontextualizados) e um discurso de responsabilização do outro pelas próprias dificuldades. A ideia principal retirada teria sido a necessidade de um maior comprometimento da equipe no olhar integral do paciente, ressaltando a fragilidade da fragmentação do cuidado, além da sensação de impotência de cada um diante de inúmeras situações malconduzidas. Observou-se a importância do conhecimento do fluxo

de atendimento. A crítica teria ficado por conta da exposição de situações pessoais e do pedido do sigilo. Cobrou-se que toda a discussão pudesse ser utilizada para um melhor direcionamento das atividades do próprio serviço.

Diante disso, na primeira intervenção, quando o processo de conhecimento técnico e fundamentação deste trabalho estava no início da construção, notou-se, de forma surpreendente, o quanto alguns membros da equipe, que antes pareciam alheios ao trabalho, podem contribuir com o esclarecimento sobre os conceitos da EPS e a sua condução na saúde mental. Contribuindo, um dos técnicos aproveitou a oportunidade para esclarecer o fluxo de atendimento do SUS neste município, diante dos colegas, sendo que ele tivera este contato quando o seu trabalho acontecia numa Unidade Básica de Saúde.

Para Ferreira *et al* (2019), as práticas de EPS devem estar embasadas no uso de metodologias ativas para a construção do conhecimento, e não no repasse de informações, em que o educando não é aquele que escuta e decora, mas aquele que constrói para si o saber que foi emitido nos debates. A integração ensino-serviço, por sua vez, consiste em estratégia de aprimoramento profissional que conecta conteúdo informativo e motivação, por meio da construção coletiva do conhecimento. Foi essa a ideia quando se realizou a escolha da problematização e da metodologia ativa para a realização desta intervenção. Neste caso, mesmo percebendo a timidez e o receio de alguns membros da equipe, o debate foi rico em todo o seu contexto conceitual e na manifestação dos saberes pessoais. Cada vivência relatada merecia a atenção de todo o grupo e impactava afetivamente em diferentes intensidades. A escuta da palavra do colega mais próximo encorajava algumas respostas e depoimentos.

Observa-se que as vivências relatadas pelos trabalhadores podem influenciar, durante o dia a dia, a forma como o cuidado é ofertado, revelando a necessidade de espaços de reflexão para o olhar crítico frente às práticas, fomentando discussões e diálogos entre os componentes da equipe. Entende-se, para isso, que a estratégia de EPS, voltada para as necessidades do Sistema Único de Saúde, busca a transformação de práticas e a mudança nos modos de cuidar fundamentais para reformulação de políticas e programas comprometidos com o SUS e a RPB. Constitui-se esta estratégia como ferramenta clínica e de gestão, capaz de oportunizar a tomada de decisões, de modo crítico e reflexivo, transformando o processo de trabalho a partir da ação e da prática educativa. Defende-se que a EPS gera a oferta de espaços de discussão, com problematizações das atuações clínicas, bem como trocas de experiências e saberes, capazes de promover mudanças nas práticas de saúde (RIOS; CARVALHO, 2021).

Considera-se a EPS uma potente ferramenta de educação no espaço de trabalho, pois é geradora de processos de mudança e inventividade, capazes de produzir novos modos de conceber e realizar o trabalho em saúde. Inferiu-se que a EPS deve influenciar o profissional, levando-o à compreensão do ambiente de atuação como espaço de aprendizagem contínua. Avaliou-se que a EPS é uma estratégia de gestão para reorganização do sistema de saúde, de modo a adequar o processo de trabalho dos profissionais de saúde às necessidades reais da população, por meio do diálogo e da reflexão sobre as práticas (RIOS; CARVALHO. 2021).

Durante a discussão, na primeira oficina dinâmica, a maior dificuldade relatada pelos participantes foi “*ouvir e não falar nada*”, acostumados com a atitude de interromper e direcionar a fala alheia, principalmente durante os atendimentos, para aquilo que se precisa colher e ouvir. Também houve a observação de ter que repetir o mesmo assunto, uma vez que não havia nada a dizer e o tempo de 4 minutos pareceu muito longo. Ainda na ideia de não ter o que dizer, relataram que aquilo que se pode falar depende de quem está ouvindo – o que traz a ideia da necessidade de confiança e empatia com os colegas.

Frequentemente, surgiram queixas sobre a alta demanda do serviço e o quanto ela impede a existência de paciência e compreensão, quando o outro precisa falar. No trabalho, não há tempo para ouvir. Pareceu pouco o desejo ou a motivação para a busca de mudanças e soluções. Ainda assim, observa-se colaboração da equipe com a proposta.

Trata-se de uma estratégia que deve ser incorporada ao cotidiano da gestão e do cuidado, como uma ferramenta para a tomada de decisão e condução dos serviços de saúde, considerando o papel educativo como inerente a qualquer indivíduo. Transformar toda ação em aprendizagem e conhecimento é fonte de transformação do processo de trabalho, na qual as pessoas que vivenciam juntas uma experiência na atenção, gestão, formação ou controle social em saúde, podem enfrentar os problemas questionando pedagogicamente as práticas concretas (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019).

Estudos sobre Educação Permanente em saúde mental demonstram que momentos de diálogo construídos relacionalmente, numa perspectiva interacional de espaço, são fundamentais. Neste projeto, houve a tentativa de aplicação de três estratégias diferentes com a intenção de impactar afetivamente os profissionais, instigando a possibilidade de mudança de postura frente ao usuário e ao colega de trabalho.

No último encontro realizado, o direcionamento da atividade facilitou a fala de cada participante, mesmo daqueles mais resistentes. Evidenciou-se, como fica claro na tabela a seguir, os itens mais citados na dinâmica, sendo o *cuidado*, a *atenção* e a *direção*.

As consolidações parciais, tanto na somatória horizontal como vertical, os critérios mais votados, os menos votados e os nem votados refletem, de certo modo, uma tendência de como o grupo valoriza a crítica.

SERVIDOR	A	B	C	D	F	G	TOTAL
Compreensão	4	4		4		4	4
Cuidado	1	1	1	2		1	5
Atenção		2	4	1	4	3	5
Solicitação			5		2		2
Especificidade	2						1
Afetividade	3			3	1	5	4
Objetividade			2			2	2
Oportunidade							0
Direção	5	3	3	5	3		5
Confirmação		5			5		2

Nesta proposta, oferecida para uma equipe completamente diferente daquela do dia anterior, a resistência encontrada foi menos intensa, sendo que o trabalho teve uma maior duração e a discussão parecia mais tranquila entre eles, com pouco desconforto pessoal e sem a presença de queixas pessoais.

Aponta-se que o cuidado no campo da Saúde Mental é primordialmente desenvolvido por meio da utilização das tecnologias leves, caracterizadas como cuidados com base relacional, escuta ativa e qualificada, promovidos por meio de encontros entre pares e coletivos e considerando as subjetividades dos envolvidos. Definiu-se que a escuta é uma ferramenta importante no cuidado, pois promove o vínculo e, conseqüentemente, a identificação e resposta às necessidades individuais do paciente (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019). Foi diante desta ideia que a escolha da escuta foi trabalhada de forma direta nos encontros, com a intenção de aperfeiçoamento do acolhimento na Unidade. Além disso, tentou-se estabelecer a possibilidade de acolhimento da demanda do colega de trabalho, sem o julgamento pessoal e a identificação projetiva.

Nesse sentido, os trabalhadores buscam respostas para suas questões cotidianas, e para tal demandam por um espaço terapêutico de discussão e adequado ao acolhimento de suas angústias e inquietações. Eles carecem de reflexão e reorganização dos seus processos de trabalho para

enfrentarem as prementes dificuldades da produção em saúde que cuide das necessidades do indivíduo e das coletividades (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019).

Na visão dos profissionais de saúde, a pouca participação dos trabalhadores nas iniciativas de EPS estão, muitas vezes, relacionadas com o diminuto quadro de pessoal e com a dificuldade de liberação do trabalho (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019).

Nesta intervenção, pontos frágeis e dificuldades na realização das iniciativas de EPS foram citadas, tais como inadequações no cotidiano de trabalho, sobrecarga de atividades e quadro de pessoal aquém do necessário, além da falta de planejamento para realização de forma frequente das iniciativas de EPS. Esses pontos também foram discutidos em todos os encontros, de forma que, em alguns momentos da reunião, este acabava sendo o foco do relato pessoal, desvirtuando o planejamento inicial da atividade.

Foi observada uma resistência significativa da equipe da Unidade relacionada ao projeto, claramente exposta como um receio de aumento da demanda de trabalho que a intervenção poderia provocar, além do descontentamento com a forma de atuação cobrada pela gestão.

Mesmo com essas dificuldades, a autoavaliação aplicada ao final de cada um dos encontros, demonstrou o interesse individual de cada membro da equipe nas tentativas de EPS, sendo que todos eles consideram que elas são necessárias para o amadurecimento do atendimento na Unidade. Relataram também o desejo de que elas aconteçam de forma mais frequente, com a intenção de amenizar a sobrecarga afetiva que o trabalho em saúde mental provoca. Foi surpreendente a resposta positiva observada ao final das intervenções, sendo que os membros da equipe mais resistentes simplesmente não participaram.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se ter sido possível a tentativa de reafirmar o potencial da Educação Permanente em Saúde como constitutiva e qualificadora do processo de trabalho em saúde, contribuindo em especial com a possibilidade de instaurar no servidor a inquietação relacionada ao indivíduo que se relaciona com ele – usuário ou trabalhador.

Entende-se que a realidade dos serviços de saúde mental exige dos profissionais “desaprendizagens” e construção de conhecimento que acontecem em ato, e neste contexto as equipes multiprofissionais podem ser potencializadoras ao utilizar processos de educação interprofissional com seus diferentes olhares nos espaços de Educação Permanente em Saúde (SOUZA et al., 2020). A ideia principal desta intervenção foi proporcionar uma oportunidade de troca de saberes interprofissional para que esta se tornasse motivadora e incentivadora de novas reuniões, contribuindo para o surgimento de diferentes propostas.

Compreende-se, baseando-se no conhecimento adquirido durante o curso, que as ações de EPS apresentadas neste estudo, puderam dar visibilidade ao protagonismo das ações realizadas cotidianamente, junto aos serviços de saúde mental, e que apontaram a utilização da EPS como princípio, instrumento e prática capaz de ressignificar e redimensionar os processos de trabalho. Trata-se de um projeto fundamental para a evolução do aprendizado do trabalhador e para a construção da ideia do atendimento integral do usuário. Ficou claro o desejo de cada indivíduo em evoluir no conhecimento através da troca de saberes, mesmo diante das dificuldades de sobrecarga do trabalho. Houve a solicitação da equipe e da gestão para que novas intervenções sejam planejadas e executadas na Unidade.

Diante deste desejo coletivo e exposto na avaliação individual da estratégia, existe o planejamento de instituir a EPS como rotina na Unidade em questão, pensando nela como uma contribuição para além da escuta, mas também como responsável pela evolução do pensamento crítico do trabalhador em evidência, permitindo uma melhor implantação das novas políticas de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FARIA D. L.; NETO J. L.; SILVA K. L.; MODENA C. M. Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores em Saúde Mental de Betim / Minas Gerais. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, maio 2021.
- FERREIRA L.; BARBOSA J. S.; ESPOSTI C. D.; CRUZ M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019.
- MATTOS M. P.; CAMPOS H. M.; GOMES D. R.; FERREIRA L.; CARVALHO R. B.; ESPOSTI C. D. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1277-1299, out./dez. 2020.
- PINHEIRO M. C.; HYPÓLITO A. L.; KANTORSKI L. P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **Journal of nursing and health**, v. 9, 2019.
- RIOS A. S.; CARVALHO L. C. Educação Permanente em Saúde Mental: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**. V. 15, 2021.
- SEBBEN A. A.; CETOLIN S. F. Educação permanente e saúde mental: o caso da condução de grupos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Práxis**, v. 13, n. 26, dez. 2021.
- SILVA N. S.; NUNES F. C.; SOUSA J. M.; VALE R. R.; NOGUEIRA L. E.; PINHO E. S.; et al. Educação Permanente em Saúde para qualificação da prática profissional em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Enferm**, v. 74, abr. 2021.
- SOUSA F. M.; SEVERO A. K.; SILVA A. V.; AMORIM A. K.; Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan. 2020.

APENDICE A – NARRATIVA “COMO SERIA O ENVELHECER”

Era uma manhã chuvosa no final de dezembro. A recepção da UBS já não se encontrava tão cheia como em outras épocas do ano. A equipe reduzida em função das férias e do recesso.

Num movimento súbito, o agente comunitário *Claudinei* entra na recepção encharcado e vai à sala da assistente social. Relata que acabara de ser abordado pelo marido da senhora *Creuza*, usuária dos serviços daquela Unidade e também do Caps da região. O marido *Lineu* chega uns 20 minutos depois.

Reunidos na sala da gerência, o agente comunitário, a assistente social, o usuário *Lineu* e a chefia, *Claudinei* descreve a situação encontrada previamente. *Creuza* estava em observação na Unidade de Emergência do centro, depois de ter tomado as suas medicações psicotrópicas em grande quantidade. Antes disso, teria dado um frasco inteiro de *clonazepam* para a sogra idosa e acamada, da qual esteve cuidando nos últimos 2 meses.

Lineu conta que, depois que a esposa adoeceu, há 1 ano, com sintomas depressivos e irritabilidade intensa, tudo teria ficado mais difícil. Ela não conseguia cuidar dos afazeres domésticos ou exercer qualquer função que pudesse trazer algum dinheiro para casa. Em outubro, a mãe de *Lineu*, uma senhora de 95 anos, teria sofrido queda da própria altura, com fratura de fêmur. Assim, o cuidado que ambos sempre tiveram com ela teve que ser redobrado. A idosa não andava mais, exigia dieta pastosa e estava usando fraldas, além de permanecer grande parte do dia gritando aleatoriamente ou gemendo. O marido já vinha percebendo o esgotamento de *Creuza*, o choro constante, as respostas agressivas e o sono exagerado. Mas não soube onde buscar ajuda.

Na sala, um silêncio toma conta após o relato. “Porque esta equipe precisa saber e discutir essa situação?” – parece ser a interrogação de todos.

Quando a chefia interrompe: “Ela já está na UPA, vai ser transferida para a internação no Caps, não temos mais nada a fazer, neste momento. Ela não é nossa, é do Caps.”

Lineu indaga: “E o que eu faço? Como posso cuidar da minha mãe e da minha esposa neste momento? O que vai acontecer quando ela voltar para a nossa casa?”

Assistente social: “Sim, essa família precisa de algum suporte nosso, faz parte do nosso território.”

Claudinei: “Mas qual é o papel da UBS e de cada um de nós em todo esse processo? Conheçemos como funciona a rede de assistência nestes casos?”

Tudo parece confuso naquele momento, ideias, interrogações, sensação de sobrecarga ou de descaso... o olhar deste narrador não compreende os sentimentos expressados.

APENDICE B: AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DA INTERVENÇÃO

DATA:

Após a dinâmica, avalie a proposta de intervenção.

1. O quanto você acha relevante tais estratégias de educação permanente.

- Muito Relevante
- Relevante
- Regular
- Pouco Relevante
- Irrelevante

2. O quanto você foi mobilizado pela intervenção.

- Muito mobilizado
- Mobilizado
- Regular
- Pouco mobilizado.
- Não fui mobilizado.

3. O que você achou da dinâmica?

- Muito Satisfatória
- Satisfatória
- Regular
- Pouco Satisfatória
- Insatisfatória

4. Deixe sua contribuição para o projeto, relatando sua própria opinião sobre o processo de Educação Permanente:

ANEXO A – COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS

Orientação: Fazer e receber críticas é um dos mais significativos métodos para o acompanhamento do crescimento pessoal. Por ser uma ferramenta poderosa, aqueles que recebem críticas podem em determinadas situações sentirem-se injustiçados e até mesmo insultados por causa de inadequação ou inapropriado retorno (feedback). Se o retorno for dado corretamente, os participantes aprendem a fazer e receber críticas e com maior probabilidade poderão utilizar essas informações para um efetivo desenvolvimento profissional. Verifique e pontue os cinco (5) critérios que você considere os mais importantes para um retorno efetivo.

PONTUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA UM RETORNO EFETIVO
	Cuidado - A crítica deve sempre ser feita com o máximo de cuidado. A intenção daquele que faz a crítica deve sempre ser de ajuda e suporte ao participante.
	Atenção - Aquele que faz críticas deve ser, acima de tudo, um bom ouvinte. Deve mostrar-se preocupado com a pessoa e estar atento às suas respostas verbal e não verbal ao receber as críticas.
	Solicitação - O retorno é mais efetivo quando avaliador solicitar. O participante que se mostra interessado em ouvir críticas estará provavelmente mais aberto a identificar as áreas que requerem atenção.
	Especificidade - O bom retorno é específico e concreto. Conceitos vagos como “Você abordou bem a dimensão da gestão, mas precisa melhorar na abordagem do cuidado à saúde” não permitem identificar no que o desempenho foi bom e como melhorar o que está inadequado. A crítica precisa apontar como um desempenho pode ser reforçado ou mudado.
	Afetividade - O bom retorno deve ser mais do que uma simples constatação de fatos. Aquele que faz uma crítica deve expressar seus sentimentos para que o participante possa perceber o impacto de seu desempenho.
	Objetividade - O retorno composto de julgamentos exclusivamente subjetivos ou avaliações com tom acusador ou repressor provavelmente colocará as pessoas em posição defensiva. Embora todo julgamento seja um juízo de valor, neste caso deve ser realizado segundo bases claras, com coerência de critérios, descrevendo a situação tal como ela foi compreendida. Desta forma é possível que cada um chegue as suas próprias conclusões.
	Oportunidade - O retorno mais útil é aquele oferecido na oportunidade que encontre a pessoa mais receptiva e que o desempenho ainda está em sua mente. A oportunidade deve, ainda, possibilitar a correção ou melhoria do desempenho. O retorno não será útil se os pontos negativos forem sendo anotados e apenas comentados ao final do trabalho quando não há mais nada a ser feito.
	Direção - O retorno deve ser dirigido aos comportamentos que podem ser mudados. A crítica efetiva deve focalizar as áreas de competência que podem ser melhoradas e sugestões de como fazê-lo podem ser apontadas aos envolvidos. O retorno que abordar questões além do controle da pessoa é menos útil.
	Confirmação - Deve-se buscar em outras fontes a confirmação da percepção sobre um determinado desempenho do participante. O entendimento de uma determinada situação pode ser diverso, uma vez que todo julgamento incorpora

	juízos de valor e, neste sentido, outras perspectivas podem confirmar ou alterar uma determinada percepção.
	Compreensão - Ao fazer as críticas deve-se assegurar que cada participante compreendeu o retorno que foi feito. Deve-se buscar identificar qual foi o entendimento da pessoa a respeito do retorno oferecido.

Fonte: Adaptado de Young, Don and Francis, Dave. Improving work groups: A practical Manual for Team Building. San Diego,CA: Pfeiffer & Company, 1992.