

Ensaio e debates

A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

THE IMPORTANCE OF THE NATIONAL PERMANENT EDUCATION POLICY IN HEALTH AS A STRATEGIC TOOL FOR THE CONSOLIDATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

LA IMPORTANCIA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Larissa Weber¹

Roger dos Santos Rosa²

Resumo

O presente ensaio situa historicamente o processo de reorganização do modelo assistencial em saúde brasileiro, priorizando o campo da saúde mental. A análise avança até a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apresenta uma reflexão acerca da contribuição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a consolidação da RAPS no Brasil. São apresentados quatro aspectos da PNEPS que fortaleceram o modelo de atenção psicossocial em rede vigente: (i) construção de espaços de reflexão e de crítica a respeito das práticas assistenciais que caracterizaram o modelo anterior e das que estão em vigência no modelo atual; (ii) contribuição para desmistificar a crença de que os usuários da saúde mental são perigosos, incapazes e desprovidos de direitos de cidadania; (iii) oferta de um financiamento maior para a educação permanente àqueles municípios que priorizam a cobertura de equipes de saúde da família e de equipes de saúde mental; e (iv) valorização das especificidades regionais no processo de efetivação das mudanças propostas pelo modelo do trabalho em rede. As ações de educação permanente em saúde mental, ao apresentar para as próximas gerações de trabalhadores da saúde mental coletiva o histórico das práticas assistenciais ocorridas no período anterior à Reforma Psiquiátrica, influenciarão positivamente na consolidação das melhorias já conquistadas e na busca por novos avanços.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação Continuada. Saúde Mental. Assistência à Saúde.

¹ Psicóloga, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: issaweber@hotmail.com

² Médico e Administrador, Doutor em Epidemiologia, professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde e em Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenador do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdade da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

Abstract

This essay places the process of reorganization of the Brazilian health care model historically, prioritizing the field of mental health. The analysis advances to the institution of the Psychosocial Care Network (RAPS). It presents a reflection about the contribution of the National Permanent Education Policy in Health (PNEPS) for the consolidation of RAPS in Brazil. Four aspects of the PNEPS that strengthen the current psychosocial care network model are presented: (i) construction of spaces for reflection and criticism regarding the assistance practices that characterized the previous model and those that are in force in the current model; (ii) contribution to demystify the belief that mental health users are dangerous, incapable and deprived of citizenship rights; (iii) offer greater funding for continuing education to those municipalities that prioritize the coverage of family health teams and mental health teams; and (iv) valorization of regional specificities in the process of effecting the changes proposed by the network model. The actions of permanent education in mental health, presenting to the next generations of collective mental health workers the history of the care practices that occurred in the period prior to the Psychiatric Reform, will positively influence the consolidation of the improvements already achieved and the search for new advances.

Keywords: Unified Health System. Education, Continuing. Mental Health. Delivery of Health Care.

Resumen

El presente ensayo sitúa históricamente el proceso de reorganización del modelo asistencial en salud brasileño, priorizando el campo de la salud mental. El análisis avanza hasta la institución de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Presenta una reflexión acerca de la contribución de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) para la consolidación de la RAPS en Brasil. Se presentan cuatro aspectos de la PNEPS que fortalecieron el modelo de atención psicosocial en red vigente: (i) construcción de espacios de reflexión y de crítica respecto de las prácticas asistenciales que caracterizaron el modelo anterior y de las que están en vigencia en el modelo actual; (ii) contribución a desmitificar la creencia de que los usuarios de la salud mental son peligrosos, incapaces y desprovistos de derechos de ciudadanía; (iii) oferta de una financiación mayor para la educación permanente a aquellos municipios que priorizan la cobertura de equipos de salud de la familia y de equipos de salud mental; y (iv) valorización de las especificidades regionales en el proceso de efectividad de los cambios propuestos por el modelo del trabajo en red. Las acciones de educación permanente en salud mental, al presentar para las próximas generaciones de trabajadores de la salud mental colectiva el histórico de las prácticas asistenciales ocurridas en el período anterior a la Reforma Psiquiátrica, influenciarán positivamente en la consolidación de las mejoras ya conquistadas y en la búsqueda de nuevos avances.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Educación continua. Salud mental. Prestación de atención de Salud.

Introdução

Três anos separam a publicação de duas importantes referências para os trabalhadores da área da saúde mental coletiva no Brasil. No ano de 2001, foi promulgada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), conhecida informalmente como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Já em 2004, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, por meio da Portaria GM nº 198/2004, substituída posteriormente pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007).

A conjuntura da segunda década do século XXI aponta para um reordenamento do modelo assistencial em saúde no Brasil, em que ganham destaque as práticas articuladas em rede. No âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado e incrementar o desempenho do Sistema, do ponto de vista do acesso, da equidade, da eficácia clínica e sanitária e da eficiência econômica. Os

diversos pontos de atenção que compõem a rede diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, sendo que todos são igualmente importantes para o bom funcionamento da RAS (BRASIL, 2010).

No campo da saúde mental, o incentivo ao trabalho em rede corrobora-se com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das Redes Temáticas propostas pelo Ministério da Saúde. Conforme será visto adiante, a RAPS tem como objetivo qualificar o atendimento às necessidades em saúde mental da população (BRASIL, 2011).

A consolidação desse novo modelo de trabalho passa pela necessária articulação entre a Política de Saúde Mental e a PNEPS, visando o fortalecimento da formação profissional na área da saúde mental no SUS. O presente ensaio, portanto, tem o intuito de discutir a importância da PNEPS como ferramenta estratégica para a consolidação da RAPS.

Reforma Psiquiátrica: do Hospital Psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A década de 1980, período da redemocratização brasileira, foi marcada por uma série de movimentos sociais que culminaram com a Reforma Sanitária e com a promulgação de uma nova Constituição Federal, na qual a saúde foi garantida como um direito do cidadão e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Esses fatos marcam o início de um novo capítulo na história da saúde no Brasil: o estabelecimento do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A reconfiguração do sistema de saúde brasileiro contribuiu também para o fortalecimento de um outro movimento, conhecido como Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica teve início na Itália, a partir de uma série de denúncias a respeito das violências ocorridas com os pacientes no interior dos hospitais psiquiátricos naquele país. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana foi um impulso para a extinção dos hospitais psiquiátricos, para o investimento em ações de desinstitucionalização e para o reconhecimento do direito dos usuários de saúde mental (ITÁLIA, 1978).

A experiência italiana foi tomada como exemplo por outros países nos quais prevalecia a lógica de um modelo manicomial excludente, como era o caso do Brasil. Na década de 90, o Brasil firmou um compromisso internacional para reestruturar a atenção psiquiátrica na América Latina, documento conhecido como Declaração de Caracas (BRASIL, 2005).

A primeira lei que procurou enfrentar o modelo manicomial, hegemônico até então no Brasil, foi a Lei Estadual nº 9.716/1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias, e dá outras providências. Quase uma década após, seguindo-se a amplo debate nacional sobre o cuidado em saúde

mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, foi editada a Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca-se no artigo 2º, § único, que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final salienta que a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta não só o cuidado, mas a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Enfatiza, ainda, a importância das ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em Saúde Mental, potencializando a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania dos sujeitos (BRASIL, 2001b).

Por tudo isso, o cuidado em saúde mental, que outrora preconizava que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, passou a orientar a reaproximação desses sujeitos do seu território de origem e da comunidade da qual fazem parte para garantir sua reabilitação. De acordo com Lancetti e Amarante (2006), o modelo do território caracteriza-se pela capacidade de proporcionar uma continência que supera a contenção física proposta pelo modelo hospitalocêntrico.

Reforçando a indicação do cuidado em território e de forma articulada entre os diferentes pontos de atenção, o Ministério da Saúde instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a partir da Portaria GM n° 3.088/2011. Ficou estabelecido que essa Rede Temática seria constituída pelos serviços de Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos e Serviços de Reabilitação psicossocial, sendo que a entrada poderia dar-se pelos diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2011).

Com isso, há um reforço na premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos profissionais e dos serviços especializados. Em uma rede em que não há porta única de entrada, orienta-se que os diferentes serviços estejam preparados para acolher o sujeito em sua integralidade. É nesse contexto de transformações que cresce em relevância a questão da formação em saúde.

O papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) na concretização da RAPS

Percebe-se, pelo acima exposto, que o campo da saúde mental se encontra bem instrumentalizado do ponto de vista das Políticas Públicas. No entanto, para garantir a efetividade e

a qualidade do sistema, é preciso que os profissionais que atuam no SUS estejam preparados para atuar frente às cada vez mais diversas demandas trazidas pelos usuários do sistema.

O papel de estímulo à preparação/formação profissional no contexto do SUS vem sendo desempenhado pela PNEPS, a qual retoma a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde. Além disso, tal Política visa incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico no SUS (BRASIL, 2007).

A preocupação com a formação para o trabalho em consonância com a Reforma Psiquiátrica remonta ao ano de 2002, quando o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Este buscava incentivar, apoiar e financiar núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios entre instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. Já no ano seguinte, o Ministério instituiu uma estrutura organizacional mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGESTES), com o objetivo de formar recursos humanos para o SUS, beneficiando trabalhadores de toda a rede (BRASIL, 2007).

As mudanças no campo da atenção à saúde mental no Brasil, desde o período manicomial até seu formato atual, vêm ocorrendo de forma gradativa e nem sempre linear. Esse processo caracteriza-se também por vir acompanhado de resistências e de acomodação dos atores envolvidos no processo e corre risco de sofrer retrocessos. Mesmo em um modelo de cuidado territorial, as práticas manicomiais podem se fazer presentes. Exemplo disso são as novas formas de institucionalização, baseadas na tutela e na dependência, de casos considerados crônicos pelas equipes dos serviços de base comunitária (PANDE; AMARANTE, 2011).

De acordo com Mângia (2009), a qualificação das equipes e dos serviços, bem como dos processos de formação e de educação permanente, constituem caminhos possíveis para a consolidação e a sustentabilidade do modelo de atenção em saúde mental em vigor. A divulgação da nova concepção a respeito da atenção psicossocial deve perpassar não só educação permanente dos profissionais que atuam na RAPS, mas também a formação inicial dos cursos que compõem esse campo de atuação.

Estudo realizado por Barth (2014), a respeito da influência da educação permanente em saúde mental sobre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde de serviços de Atenção Básica, constatou o quanto esses profissionais apresentavam resistência em trabalhar com pacientes portadores de transtorno mental. Isso justificava-se, em parte, pelo fato de os profissionais não possuírem prática e conhecimento sobre o assunto. Por meio das atividades de educação permanente, entretanto, eles puderam reconhecer o paciente de saúde mental como um sujeito de direitos, que tem necessidades em saúde como qualquer outro.

Estudos dessa natureza demonstram o quanto a educação permanente é potente não apenas para desmistificar preconceitos culturais envolvendo os usuários que padecem de sofrimento psíquico, como também na construção de um novo entendimento por parte dos profissionais e das equipes, no sentido de que o cuidado em saúde mental não é privilégio dos especialistas na área. A máxima de que os serviços da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde têm condições de tratar cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (WHO, 1978) não exclui os problemas de saúde relativos à saúde mental. A contribuição dos especialistas pode se dar por meio do apoio matricial em saúde, prática através da qual se assegura retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007), que tem se revelado bastante frutífera no âmbito da saúde mental.

Silva et al. (2013) enumeram três razões que justificam o investimento nas ações de educação permanente. Primeiro, a especificidade desta área do conhecimento no setor da saúde; segundo, o fato de que muitos profissionais de saúde estão inseridos nos serviços desde um período anterior ao processo da Reforma Psiquiátrica; por último, as limitações da academia em abordar a temática em consonância com a Política de Saúde Mental.

O investimento em ações de educação permanente pressupõe um financiamento próprio. A alocação orçamentária dos recursos federais da PNEPS para os estados e o Distrito Federal contemplou um incentivo importante à consolidação da RAPS, mesmo que a PNEPS tenha sido implementada anteriormente à Portaria que instituiu a RAPS. Isso ocorreu na medida em que o cálculo para o financiamento, à época, privilegiava a cobertura das equipes de saúde da família e de saúde mental (por meio da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial), serviços que vieram a se consolidar como alguns dos componentes estratégicos da RAPS.

Com isso, o Ministério da Saúde passou a estimular e recompensar a adesão às novas políticas. O raciocínio é claro: quanto maior a adesão a esse conjunto de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar em uma lógica diferenciada, qual seja, a alteração do desenho tecnoassistencial em saúde (BRASIL, 2007).

Um desafio real do ponto de vista do estabelecimento de uma nova política é conseguir que alcance a vasta dimensão territorial do nosso país, considerando suas diversidades regionais. No caso da Política Nacional de Saúde Mental não seria diferente. Exatamente por conceber, em sua essência, as especificidades e as desigualdades regionais (BRASIL, 2003), a PNEPS se apresenta como uma aliada essencial no contexto de reorganização do cuidado em saúde mental em rede. Não se espera que as diferentes regiões de saúde criem RAPS padronizadas, mas que essas redes possam avançar em cada território conforme suas particularidades.

Considerações finais

A PNEPS vem contribuindo com a consolidação da RAPS em pelo menos quatro aspectos: (i) oportunizando espaços de reflexão e crítica a respeito das práticas que caracterizaram os períodos anteriores e das que estão em vigência no momento; (ii) desmistificando a crença de que os usuários da saúde mental são perigosos, incapazes e desprovidos de direitos de cidadania; (iii) promovendo um financiamento para a educação permanente maior àqueles municípios que priorizam a cobertura de equipes de saúde da família e de equipes de saúde mental; e (iv) provocando que se dirija um olhar especial às especificidades regionais no processo de efetivação das mudanças propostas pelo modelo do trabalho em rede.

Mângia (2009) sugere a participação de representantes de todos os segmentos da saúde mental nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes previstas na PNEPS. Uma participação atuante na formulação, na condução e no desenvolvimento das ações de integração contribuiria com a viabilização de um projeto nacional consistente na direção da formação e aprimoramento dos recursos humanos em saúde mental.

Espera-se que as ações de educação permanente em saúde mental possam apresentar para as próximas gerações de trabalhadores da saúde mental coletiva o histórico das práticas assistenciais ocorridas no período anterior à Reforma Psiquiátrica. Uma formação que reconheça os abusos e erros que foram cometidos em nome da ciência e do tratamento é fundamental para consolidar as melhorias já previstas em lei para os usuários da RAPS e para garantir que os avanços não fiquem estagnados e acompanhem as futuras transformações da nossa sociedade.

Com isso, acredita-se ser possível melhorar cada vez mais a qualidade da formação para o SUS e no SUS, assim como a qualidade dos processos de trabalho e da atenção psicossocial ofertada, promovendo a valorização da integralidade por meio de práticas que considerem cada vez mais a promoção da saúde como parte indissociável do cuidado em saúde mental.

Referências

BARTH, P. O.; LOPES, L. F. M.; ALMEIDA, C. C. A influência da educação permanente sobre os enfermeiros: um desafio para atender a saúde mental. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 10, n. 10, p. 39-46, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo técnico-assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001b, 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, jan. 2007, 85p.

CAMPOS, G. W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-400, fev. 2007.

ITÁLIA. **Lei 180, de 13 de maio de 1978**. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios, 1978.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615-634.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii. maio/ago. 2009.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 2067-2076, abr. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências. Porto Alegre, 7 ago. 1992.

SILVA, N. S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1144-1149, out./dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Genebra: WHO, 1978.