



Interface - Comunicação, Saúde,  
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Pereira Furtado da Rosa, Roberta; Freitas de Andrade, Ana Lúcia; Prado de Oliveira,  
Sheila; Gomes Leite da Silva, Arthur; Marilac Ferreira, Arthur; de Sousa Inácio, Juliana;  
dos Santos da Silva Araújo, Sandra Maria

Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 1, diciembre, 2015, pp. 931-  
940

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142195023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Construindo saberes no trabalho em saúde mental:

## experiências de formação em saúde

Roberta Pereira Furtado da Rosa<sup>(a)</sup>  
 Ana Lúcia Freitas de Andrade<sup>(b)</sup>  
 Sheila Prado de Oliveira<sup>(c)</sup>  
 Arthur Gomes Leite da Silva<sup>(d)</sup>  
 Arthur Marilac Ferreira<sup>(e)</sup>  
 Juliana de Sousa Inácio<sup>(f)</sup>  
 Sandra Maria dos Santos da Silva Araújo<sup>(g)</sup>

### Introdução

A intenção deste trabalho é apresentar experiências que vêm se desenvolvendo a partir da interação entre diferentes saberes na área da saúde mental, mediadas pelo Projeto PET-Saúde/Redes de Atenção: "Ampliação do Cuidado em Saúde Mental na atenção básica: contribuindo para a desmedicalização da vida". Este projeto teve início em agosto de 2013, e faz parceria entre Instituição de Ensino Superior (IES) e serviços de saúde do município do Rio de Janeiro ligados à Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC – RJ), na Área Programática 5.1 (A.P 5.1). No caso, dois ambulatórios de saúde mental e uma clínica da família. As iniciativas do projeto PET estão ligadas a uma reorientação para a formação em saúde que já vem sendo discutida há algum tempo e ampliada com lançamento, em 2005, dos Princípios e Diretrizes para a gestão e trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)<sup>1</sup>. Neste documento, dentre as várias orientações, é indicado, para ampliação e efetivação do SUS, o incentivo à Educação Permanente e também a ampliação da participação conjunta nos processos de gestão, incluindo as IES. Neste contexto, cria-se o Programa de Reorientação para a Formação (Pró-Saúde). O projeto PET-Saúde/Redes, o qual tratamos neste estudo, está vinculado ao Pró-Saúde instituído no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, IFRJ – Campus Realengo, por incentivo do Ministério da Saúde, visando à ampliação da integração ensino - serviço - comunidade.

Esta proposta que envolve trabalho e aprendizagem em saúde compreende a formação como uma ação que não está restrita aos espaços das universidades, mas ela é compreendida de maneira ampliada, na intenção de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho a partir da problematização dos processos de trabalho<sup>2</sup>. Sendo assim, compreendemos que iniciativas como o PET tem papel importante, na medida em que possibilita a relação entre diferentes saberes, a partir da relação entre tutor, preceptores e alunos de diferentes áreas da saúde, em um trabalho conjunto.

Este PET se insere no campo da saúde mental e segue os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira (RPb), tendo como diretriz a atenção psicossocial, compreendida enquanto um processo social complexo, como afirma Amarante<sup>3</sup>.

<sup>(a)</sup> Curso de Terapia Ocupacional, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), campus Realengo. Rua Carlos Wenceslau, 343, Realengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21715-000. roberta.rosa@ifrj.edu.br

<sup>(b,c)</sup> Centro Municipal de Saúde Professor Masao Goto. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. analuciafreitas@yahoo.com.br; sh\_prado@yahoo.com.br

<sup>(d,e,g)</sup> Discente, Curso de Terapia Ocupacional, IFRJ, campus Realengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. arthur.to.ifrj@gmail.com; juliana\_sousainacio@hotmail.com; smssa1962@gmail.com

<sup>(e)</sup> Discente, Curso de Farmácia, IFRJ, campus Realengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. amarilacferreira@gmail.com

Neste sentido, necessita de diversos atores que promovam ações integradas considerando o sujeito e sua experiência como foco central da intervenção. Apresentaremos, aqui, relatos das experiências no PET, tendo como foco os atravessamentos gerados no serviço pela presença do projeto, e as relações estabelecidas no trabalho em saúde. A partir da prática, pretendemos ampliar a discussão da interdisciplinaridade no que se refere a uma abertura ao diálogo e à troca de saberes reafirmando a complexidade deste campo. Durante o processo, encontramos dificuldades, tensões, desafios e experiências exitosas a partir das ações vivenciadas, até o momento, no campo de atuação. Daremos foco a um dos ambulatorios no qual este PET se insere: o ambulatorio de saúde mental do CMS Professor Masao Goto. Os relatos são resultado das ações do projeto no período de outubro de 2013 a junho de 2014.

### **PET-Saúde/Redes – ampliação do cuidado em Saúde Mental**

Este projeto surgiu a partir de duas direções: da observação de grande demanda nos ambulatorios de saúde mental da A.P. 5.1, com usuários em busca de atendimento médico e medicamentos psicotrópicos; e da possibilidade de promover um ensino que aproximasse os alunos do IFRJ- campus Realengo, das práticas clínicas durante a graduação, ambientando-os à organização dos serviços regionalizados enquanto princípios preconizados pelo SUS.

A parceria entre rede de saúde local e IES se deu pelos interesses em comum dessas entidades em favorecer a compreensão e problematização quanto ao tema da medicalização da vida a partir de um trabalho que apostasse nesta integração ensino-serviço.

Tanto a RPB<sup>4</sup> como a reforma sanitária focaram sua luta em prol da democracia institucional e da garantia de direitos à saúde para toda a população. Após nove anos de aprovação da Lei nº 10.216, a IV Conferência de Saúde Mental de 2010 reafirma os princípios e conquistas do SUS, e aponta para a necessidade de fóruns permanentes entre profissionais, usuários e familiares, assim como reuniões dos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde como maneira de sustentar a proposta democrática. Há um foco especial para ações de aproximação das áreas da saúde e educação, reafirmando princípios da integralidade e interdisciplinaridade estarem incidindo sobre a formação profissional e a produção de conhecimento no cotidiano dos serviços. Afirma-se a educação permanente e as mudanças curriculares como práticas que devem ser de responsabilidade das três esferas de governo<sup>5</sup>. Pitta<sup>6</sup> coloca que é nessa década que há um avanço consistente na RPB no que se refere à normatização de portarias que ampliam a rede comunitária em saúde mental; porém, alguns profissionais parecem desconhecer esse apelo ético-político necessário para sustentar a interdisciplinaridade e a potência das equipes no território. Fica clara a necessidade de uma formação profissional que tome para si a responsabilidade do cuidado. Esse direcionamento tem relação com o enfrentamento ao modelo médico hegemônico e o lugar simbolicamente construído da relação da medicação e do médico com o usuário<sup>5</sup>.

Compreendemos que tais propostas vêm na intenção de quebrar uma lógica hegemônica a qual Foucault<sup>7</sup> já apontava. Na sua perspectiva, o processo de medicalização da vida é caracterizado por uma estratégia biopolítica da medicina investida no corpo dos sujeitos. Um modo de intervenção que se exerce, pelo poder, sobre este corpo biológico na intenção de controlá-lo e discipliná-lo. Desta forma, uma variedade de questões da vida passa a fazer parte de um determinado domínio de saber, sendo estas submetidas a um modo de intervenção que se afirma como verdade. Nesse contexto, o uso de medicamentos como abordagem de tratamento pode servir como ferramenta nesta estratégia que demarca um modelo único de corpo e de saúde à população. A medicina psiquiátrica também se apoia no uso de medicações como possibilidade de controle e cura dos sintomas. Em outras palavras, para Foucault<sup>7</sup>, o processo de medicalização da vida é um operador do poder, uma estratégia e uma forma de assujeitamento.

A intenção deste PET é trazer a temática da medicalização da vida para ser debatida nestes serviços, objetivando ampliar a compreensão de cuidado em saúde mental, o qual entendemos não como uma técnica a ser exercida, mas enquanto uma abertura ética ao outro, à alteridade<sup>8</sup>. Tal atitude permite,

primeiramente, desconstruir um exercício de saber e de poder sobre o usuário a ser atendido<sup>8</sup>. Neste sentido, ajuda a compreender tal medicalização enquanto uma função social de poder que pode ser exercida por qualquer profissão enquanto agente de controle social ao transformar fenômenos sociais em conceitos tomados como domínio próprio de um saber<sup>9</sup>. Desmedicalizar, nesta perspectiva, refere-se a ampliar o grau de ação dos usuários em relação às problemáticas que surgem em suas vidas. Aí a dimensão do cuidado se amplia para além dos especialismos e saberes técnico-científicos, mas é vivenciada a partir do compartilhamento de ações e responsabilidades mútuas<sup>8</sup> que se constroem durante a intervenção onde todos são atores nesse processo. Daí advém a noção de interdisciplinaridade enquanto prática que reconhece os limites de saberes das diversas profissões. Compreendemos esta como processo de interação entre campos diferentes do saber, levando a uma espécie de interdependência entre as disciplinas e tendo como consequência a transformação mútua desses campos<sup>10</sup>.

Dentre os objetivos do PET, podemos apontar alguns que foram foco das ações no CMS Masao Goto: O mapeamento da demanda por atendimento na saúde mental, com foco na população que faz uso de psicotrópicos; A emancipação do sujeito, por meio de intervenções em oficinas as quais permitiram problematizar os cuidados em saúde a que os participantes se submetem e os cuidados que cada um exerce sobre sua saúde. Busca-se a implicação do sujeito sobre suas queixas, colocando em suspenso o uso de psicotrópicos, já quase naturalizado por essa população. Outro objetivo seria a mudança na cultura do serviço, ao levantar questões, junto aos usuários e aos profissionais, quanto ao uso de medicação como opção privilegiada de tratamento.

Os sujeitos a serem pesquisados se compõem dos usuários do serviço que se enquadram no perfil previamente estipulado no projeto e que são encaminhados pelos profissionais do ambulatório ou aparecem por livre demanda. A principal estratégia é a criação de oficinas que abordam questões sobre desmedicalização da vida ligadas à construção conjunta do que os usuários compreendem por saúde, cuidado, autonomia, rede de apoio social, direitos e coparticipação nos atendimentos. Tais oficinas são denominadas de: "Oficinas de Ampliação do Cuidado em Saúde Mental", e são realizadas semanalmente pelos preceptores e alunos do PET, junto aos usuários. Sua intenção é analisar o modo de cuidado que estes usuários solicitam e exercem sobre si mesmos, e como vêm sendo pensadas tais temáticas apontadas acima.

### **Ações do PET no CMS Masao Goto**

O CMS Masao Goto é uma unidade mista, que comporta ambulatórios de especialidades e três equipes de saúde da família. Entre suas especialidades, está o ambulatório de saúde mental, onde este PET está inserido. Inicialmente, foi feito o conhecimento do campo e da população atendida e, a partir daí, ficaram estabelecidas, entre preceptores e alunos, algumas formas de captação para participação dos usuários do ambulatório nas oficinas. Esta captação se iniciou via grupos de recepção, grupos terapêuticos, e por meio de encaminhamentos de usuários feitos pelos psiquiatras da unidade. Estes seriam contatados diretamente pelas preceptoras. Estabeleceu-se a meta de constituir duas oficinas, e sua organização seria feita nos encontros entre alunos e preceptores em reuniões semanais.

Após início das captações, foi observado que houve pouca adesão, e, mediante, isso ficou acordado que, inicialmente, apenas uma oficina seria formada. Esta teve início em novembro de 2013. Ficou estabelecido que a captação duraria por mais dois meses após o início da mesma.

Por conta da dificuldade na captação, pensou-se em fazer uma pesquisa a partir das receitas médicas de psicotrópicos que chegavam até a Farmácia. A partir delas, seria feito um caminho retrógrado, buscando os prontuários dos usuários que faziam uso de medicação por mais de seis meses, na intenção de identificar o motivo do uso e o perfil do usuário. A partir dos dados, seria conversado com os médicos sobre a possibilidade de encaminhamento à oficina. Esta pesquisa gerou uma listagem e, por meio dela, também foi possível observar a intensidade de dispensa de benzodiazepínicos, sendo maior a saída em dias de atendimentos psiquiátricos, o que justificava, ainda, mais as ações do PET neste espaço.

Notamos que foi de grande importância a iniciativa e o planejamento dessas propostas, mesclando saberes a partir dos conhecimentos dos alunos que cursam Terapia Ocupacional e Farmácia, assim como das preceptoras que são psicólogas. Tal planejamento visava um mesmo objetivo focado na saúde dos participantes.

A oficina durou seis meses e, nos últimos encontros, foram realizadas dinâmicas, na intenção de avaliar, junto aos participantes, essa experiência. Destacamos aqui duas respostas:

“Antes eu aceitava tudo que me diziam, não questionava, fazia tudo que mandavam, hoje eu percebo que tenho as minhas vontades e quero realizá-las”.

“O grupo foi muito bom, me ajudou a ver as coisas que acontecem comigo de uma forma diferente”.

A oficina foi encerrada com uma confraternização junto aos usuários. Dentre assuntos corriqueiros, destacamos o relato de uma participante que se encontrava com dificuldade de conseguir emprego. Ela levou presentes que ela mesma produziu, de cunho artesanal. A partir daí, a conversa girou a respeito do mercado de trabalho formal e informal, e como isso influencia na saúde. Foram discutidas outras inserções no trabalho, como a confecção de artesanatos para a geração de renda, e esse tema se ampliou aos demais participantes. Destacamos aqui que a proposta de ampliação do cuidado, trabalhada na oficina, buscou construir espaços abertos de diálogo a partir das experiências dos usuários, entendendo que o profissional também deve estar disponível a acessar outras vias para além do saber teórico, permitindo abrir-se a outros afetos<sup>8</sup>.

Apesar do êxito com os participantes desta oficina, a mesma ficou muitas vezes esvaziada. Mediante este resultado, foi necessário repensar novas formas de captação para o novo grupo. Como captar? Como dar mais visibilidade ao PET na unidade?

Avaliamos que a captação foi difícil por dois motivos: o CMS Masao Goto é um grande ambulatório, onde as práticas profissionais são prioritariamente individuais; acontecem poucas reuniões de equipe porque o serviço tem grande preocupação com a resolutividade dos casos que lhe procuram, e o ambulatório de Saúde Mental não está fora disso. Como a unidade é referência de uma grande área populacional, sua demanda é grande e o serviço tenta ser responsivo ao máximo. O contraponto disso aparece em práticas individuais apressadas e pressionadas pela urgência da demanda, que não propicia invenção, tempo para a discussão e criação de novas estratégias. A divulgação do projeto, conseqüentemente, acabou sendo prejudicada por este fator, o que, a princípio, gerou baixa frequência na adesão e participação. Nesse contexto, fazer o PET ser conhecido pelos profissionais é uma missão que está para além da simples informação da existência do projeto. O segundo motivo tem relação com profissionais da saúde mental, pela dificuldade em construir parcerias com os mesmos no auxílio ao projeto. Embora todos concordassem com a importância da proposta, raramente nos chegaram encaminhamentos. Não foi diferente por parte de outros profissionais de saúde atuantes na unidade. Outro fator marcante foi a invisibilidade dos alunos no serviço, observada por atitudes como: serem interpelados pelo setor de segurança repetidas vezes, mesmo depois de um tempo comparecendo toda semana à unidade. Percebemos, também, que a falha poderia ser da equipe do PET. Precisávamos marcar mais presença naquele espaço, e assim o fizemos.

Novas ações para captação foram discutidas e o método utilizado foi mais diretivo, a partir de abordagem junto aos usuários que aguardavam atendimento na psiquiatria. Aos que faziam uso de psicotrópicos, era informado sobre o projeto PET, e os interessados eram agendados para uma conversa de acolhimento, onde se saberia sobre o uso das medicações, a história de vida e busca por tratamento na saúde mental. Eram, então, apresentados maiores dados sobre a oficina e feito o convite para a participação. A equipe do PET discutia a respeito das entrevistas, resolvendo que as pessoas que não fossem perfil do PET poderiam ser encaminhadas para outros grupos do ambulatório ou para atendimento individual.

Essa ação de captação está ocorrendo e continuará por mais dois meses após início da oficina. Também foi produzido um banner e instalado na entrada do CMS, com informações gerais sobre a Oficina. Os usuários e trabalhadores da unidade que se mostram interessados, também são informados a respeito. Foi solicitada recentemente, pela direção do CMS, uma nova apresentação do projeto em reunião de equipe da saúde mental.

Aos poucos, o projeto vai ganhando visibilidade, e os participantes vão chegando. A expectativa para a próxima oficina é reunir uma quantidade maior de participantes, e ampliar a visibilidade do PET no serviço, para que seja possível a criação de um segundo grupo. Sendo assim, as experiências das primeiras ações mostram-se importantes para fortalecer a equipe envolvida na pesquisa e unir seus conhecimentos em prol da construção de novas estratégias que reinventem as ações do PET dentro deste CMS. A ampliação das discussões em grupo, o planejamento em conjunto das novas ações vêm sendo eficazes para a visibilidade do projeto e sua efetivação.

Das ações ainda em construção, podemos citar: envolvimento com os conceitos gerais de desmedicalização da vida, entre os profissionais do serviço, com intuito de construir um pensamento crítico acerca desse tema; maior divulgação do projeto entre usuários, profissionais e gestão do CMS; ampliação da captação para participação nas oficinas. Essas medidas buscam o desenvolvimento do projeto e ampliação da discussão sobre o cuidado neste espaço de intervenção em saúde.

## **Formação em saúde e implicações dos participantes**

### **Relato dos alunos**

Por intermédio do programa PET-Saúde/Redes, podemos vivenciar a experiência de participar da equipe no CMS Masao Goto. O trabalho em campo tem sido de grande relevância para nossa formação, pois proporciona a oportunidade de estar nesse universo da prática em saúde ainda durante a formação. Isso corrobora para a aquisição de um aprendizado diferenciado, permitindo visualizar um dos contextos das práticas em saúde, no caso do projeto, práticas em saúde mental. Percebemos que houve mudanças nesta unidade de saúde a partir da entrada do PET, as quais notamos pela atitude dos profissionais de saúde mental frente ao projeto e na convivência com outros profissionais que atuam em outras áreas no CMS.

Na IES, estudamos variadas disciplinas, onde começamos a sedimentar a construção de conceitos e paradigmas preconizados pelo SUS. Surge, a partir disso, novas expectativas em relação à atuação em campo. Como será atuar diretamente com a população? Como será o primeiro contato com os usuários? Nesse contexto, podemos dizer que o PET favorece a compreensão das práticas, pois a visão sobre a saúde, que temos hoje a partir do PET, já não é mais a mesma de quando chegamos ao CMS, visto que aprendemos a olhar os usuários em sua totalidade. Percebemos a importância da integralidade no campo da saúde mental, pois esta visa permitir o contato e o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico, com destaque para a construção de redes de atenção integral em saúde mental agregando diferentes saberes e intervenções<sup>11</sup>. Desta forma, deixamos de lidar com casos hipotéticos e passamos a lidar com pessoas, que é o objetivo de nossas formações.

O contato com os usuários, com os profissionais que nos orientam em campo e com a equipe do CMS nos faz aprender muito. Em relação às preceptoras, o aprendizado se dá ao observarmos as intervenções feitas, durante a realização dos grupos de que participamos. As avaliações e discussões de casos realizadas permitem que o olhar sobre as questões dos usuários ganhe outra dimensão. Podemos ver, na prática, o que estudamos teoricamente. Em relação aos outros profissionais que atuam no CMS Masao Goto, aprendemos, a partir do que eles nos orientam, sobre suas funções e especificidades. Nessa proposta de ação, o usuário é acompanhado mais amplamente no seu tratamento, sendo atendido nos diversos aspectos de sua vida, desde o desempenho de suas atividades cotidianas, até os efeitos que o medicamento pode causar.

No momento que conhecemos esse atendimento integral, aprendemos a lidar com outros públicos que procuram o auxílio em saúde mental. O relato de cada usuário a respeito de todo o processo

percorrido até chegar ao tratamento, amplia nossa compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde. Poder ter esse contato, escutando suas queixas e angústias, sentimentos em geral, aliados aos estudos teóricos feitos no PET, nos proporciona a oportunidade de unirmos o aprendizado à prática.

### **Relato das preceptoras**

O trabalho em saúde mental nos convoca a reinvenção do nosso fazer. Nossa atenção se concentra no restabelecimento da qualidade de vida por meio do reconhecimento da importância dos vários atores sociais e dos diversos recursos existentes na comunidade.

Historicamente, os ambulatorios são dispositivos de grande importância dentro da RPB, como um dos serviços que visa superar o modelo asilar, pautado na internação como único recurso de tratamento. No entanto, por não conseguirem romper com a lógica médica, centrada na doença e remissão de sintomas, isso propiciou outro estado de cronificação, agora não mais pautado na internação, mas na medicalização massificada. O ambulatorio de saúde mental necessita se reinventar, a fim de se construir novas respostas que superem o binômio sofrimento-medicação. É isso que inspira o PET em nosso serviço. Um projeto que pretende subverter as bases de nossa cultura medicalizante. O desafio que se coloca neste trabalho precisa de olhares múltiplos.

Um PET que tem como norte a desmedicalização e a construção de outros recursos para lidar com a dor, põe em discussão esta lógica do ambulatorio. Este estudo nos convida a olhar o sujeito de maneira integral. É preciso sustentar o convite, para usuários e profissionais, de questionar o já naturalizado hábito de calar o corpo com medicação, na tentativa de calar também o sofrimento. O esforço é unir múltiplos saberes: da vida dos usuários e saberes profissionais, acadêmicos/científicos.

Nesse percurso, tem sido fundamental a sensibilização dos médicos, que têm encaminhado mais pessoas para os grupos, o que avaliamos ser um importante movimento de abertura a essa proposta.

Estar como preceptor em um PET é um convite a repensar a própria prática do trabalho. É poder pensar o cuidado que se presta de maneira não apressada, não engessada, mas, ao contrário, de uma maneira inventada e, com isso, abrir espaço para a própria invenção dos usuários.

Os alunos nos convidam a rever práticas instituídas. Questionam, trazem novidades e nos fazem atentar para os automatismos da prática. Na relação com os estudantes de terapia ocupacional, podemos auxiliá-los a valorizar e apurar a escuta tão cara aos psicólogos e ao campo da saúde mental. Eles trazem como aprendizado a prática que se devolve ao sujeito a partir da escuta. Que escolhas práticas podem modificar a vida de cada um e redimensionar o uso de medicação ou sua posição como sujeito na vida? Essas intervenções nos ensinam como essa prática das escolhas e ações feitas todos os dias na vida, podem levar o sujeito a viver de modo mais pleno, autônomo e saudável. Trabalhar com um estudante de farmácia é ainda mais provocador. O farmacêutico em um grupo de saúde mental traz seu saber preciso sobre o uso de medicação e suas interações. Fazê-lo estar em um grupo que subjetiva queixas e demandas é inaugurar outro modo de lidar com os pedidos de ajuda que um profissional de saúde recebe. Fazer isso em relação à medicação, possibilita ao farmacêutico mais precisão em seu fazer, podendo compreender de maneira fina quem, de fato, necessita de medicação e para quê.

Estar na preceptoría é ensinar e aprender. E um objetivo maior se coloca: formar no trabalho não só alunos que vêm a campo, mas aproveitar esse trabalho para a formação contínua dos profissionais e para uma mudança na cultura sobre o cuidado na unidade.

### **Interdisciplinaridade e soma de saberes**

A criação de um olhar diferenciado para o sofrimento psíquico deriva de uma mudança na percepção sobre o sujeito e sobre o próprio campo da saúde mental enquanto complexidade<sup>3</sup>. A não-simplificação permite uma nova compreensão sobre o sofrimento e a diferença, questão essa que perpassa toda a luta pela desinstitucionalização da loucura até os dias de hoje. O PET vem suscitando reflexões acerca do lugar que os psicotrópicos ocupam na vida das pessoas. Problematicamos isso a partir de ações apresentadas acima. Estas só puderam ser efetivadas a partir de um planejamento que estava aberto a um não-saber<sup>10</sup>. Discutimos, assim, a importância das práticas interdisciplinares em

saúde, entendidas, aqui, como prática coletiva, baseada na abertura ao diálogo dentro do trabalho em equipe<sup>10</sup>. Este não-saber, assim como a noção de limite disciplinar como insuficiência, facilitam a abertura ao diálogo e a cooperação entre disciplinas diversas<sup>10</sup>, permitindo a construção de um novo saber<sup>12</sup>, que se produz no cotidiano da prática. O trabalho em saúde mental baseado nas diretrizes do SUS e da RPB aposta nesta construção contínua de saberes em saúde, fundamentados em uma prática baseada na integralidade<sup>10-13</sup>. Vemos que a temática da interdisciplinaridade tem sido recorrente nas pesquisas e práticas em saúde<sup>10,12,14</sup>, sobretudo como estratégia de romper com a fragmentação e isolamento disciplinar, mas ainda notam-se dificuldades em seu exercício nos serviços<sup>13</sup>.

As práticas propostas pelo PET vêm proporcionando uma possibilidade de enfrentamento a essa problemática, visando garantir o cuidado em saúde, que é constitutivo de todas as profissões de saúde, como coloca Junior et al.<sup>15</sup>. Todo trabalho em saúde é essencialmente relacional, onde nos "encontros são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional"<sup>15</sup> (p.94). Isso nos permite compreender que a direção do cuidado não se faz em via única, mas é algo que circula a partir da troca de experiências e saberes dos diferentes profissionais da saúde e, também, dos saberes do usuário.

Outra questão suscitada pelos relatos acima é a troca de saberes que permite o repensar das práticas profissionais na articulação entre ensino e serviço. Essa proposta de articulação vem de discussões dos anos 60 e 70, por uma modificação na atenção à saúde no mundo, que é incorporada pelo SUS e passa a fazer parte das diretrizes curriculares para os cursos de saúde no Brasil<sup>16</sup>. Tal movimento vem mobilizando as IES e outros órgãos no incentivo dessa aproximação entre ensino-serviço. Essa estratégia tem se mostrado importante para a superação do modelo biomédico e uma modificação da visão de saúde. "A integração ensino-serviço se dá quando ocorre o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde"<sup>16</sup> (p. 126). Nota-se que as ações do PET seguem essa direção, mobilizando ações e perspectivas de tratamento por parte de preceptores, alunos e unidade de atendimento.

Essas experiências vêm ativando as diversas competências em prol de um mesmo objetivo. Junior et al.<sup>15</sup> afirma que, na produção de um ato de saúde, cada profissional busca recursos no seu núcleo de saberes, mobilizando modos de agir próprios. Este núcleo está coberto, de maneira mais ampla, pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer. Isso nos mostra quanto é possível o trabalho interdisciplinar, uma vez que existe uma ligação comum; e as especificidades das profissões podem ser ampliadas se houver abertura para esta troca de saberes e conhecimentos, assim como programas que estimulem tal integração, como o PET.

O trabalho interdisciplinar, funcionando com parcerias como estas apresentadas aqui, enriquece a formação permanente, ajudando a construir estratégias para um bom relacionamento entre equipe, instituição e usuários atendidos. Dessa relação, nascem novas ideias, buscam-se novas saídas para solucionar velhos impasses, e, assim, ampliam-se possibilidades na construção contínua do cuidado.

## Conclusão

O PET tem se mostrado um grande desafio, por engendrar a difícil tarefa de desnaturalizar movimentos endurecidos nas práticas em saúde em um ambulatório, no caso, práticas de medicalização da vida. Este trabalho busca outra perspectiva de tratamento neste espaço, com vistas a uma prática interdisciplinar aberta. Isso possibilita uma compreensão ampliada do cuidado em saúde<sup>13</sup>, "pela interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, possibilitando deste modo outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo"<sup>14</sup> (p 864).

O foco das ações é baseado no sujeito em sofrimento, logo, entender o contexto e suas necessidades de modo integral é a direção da intervenção. Afirmamos, junto com Junior et al.<sup>15</sup>, que, no campo de formação de profissionais de saúde, a opção deve ser radical, por um modelo de atenção que seja usuário-centrado. "Entendemos isso como uma opção ético-política a ser adotada

por profissionais de saúde, professores, estudantes, gestores e usuários, e portanto, fundamental na organização e desenvolvimento dos profissionais de saúde”<sup>15</sup> (p 101).

As novas perspectivas de cuidado em saúde mental devem se ligar diretamente aos processos de trabalho, e a educação permanente em saúde integrando as IES ao cotidiano dos serviços a partir de iniciativas como o PET- Saúde/Redes. A formação se dá na prática, e serve a todos: alunos, preceptores, tutores e, sobretudo, ao usuário.

### Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [Internet]. 2005 [acesso 5 jul 2014]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)
5. Ministério da Saúde (BR), Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial; 27 jun-1 de jul. 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2010.
6. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(12):4579-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
7. Foucault M. Microfísica do poder. 25a. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
8. Carvalho LB, Bosi MLM, Freire JC. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):700-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000033>
9. Aguiar AAA. Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume/Dumará; 2004.
10. Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? Ciênc Saúde Colet. 2013;18(6):1817-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600032>
11. Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Rev Min Enferm. 2009;13(1):147-52.
12. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2014;18(49):973-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>

13. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RB, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 69-92.
14. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):863-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600010>
15. Junior AGS, Pontes ALM, Henriques RLM. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RB, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 93-110.
16. Carvalho SBO, Duarte LR, Guerrero JMA. Parceria ensino e serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(1):123-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00026>

Trata-se de um relato de experiência de alunos e preceptores do PET-Saúde/ Redes, a partir de suas ações conjuntas em uma unidade de saúde. Destaca-se a construção do trabalho em equipe e a importância da soma de diferentes visões na construção de parcerias necessárias à efetivação do projeto. Como objetivo, pretende-se demonstrar como a participação neste PET influenciou na formação dos estudantes e profissionais envolvidos. Este estudo levanta questões sobre o trabalho interdisciplinar e o impacto na construção de diferentes saberes ao se unirem com objetivos comuns. A discussão é feita a partir do tema 'desmedicalização da vida', onde profissionais de Terapia Ocupacional, Farmácia e Psicologia realizam ações no campo da saúde mental, apresentando dificuldades, estratégias e experiências exitosas no processo de trabalho, permitindo a reflexão e discussão em conjunto sobre a construção contínua dos saberes em saúde.

*Palavras-chave:* PET-Saúde/Redes. Saúde Mental. Desmedicalização da vida. Formação em saúde. Interdisciplinaridade.

#### **Constructing knowledge in mental health work: experiences of health education**

This is an experience report of the students and preceptors of a PET-Health Network from their joint actions in a health unit. The report highlights the development of teamwork and the importance of the sum of different visions and partnerships essential for the effectiveness of the project. We intend to demonstrate how participation in this PET influenced the students involved and the education of professionals. This study raises questions about interdisciplinary work and its impact on the integration of different knowledge with common goals. The discussion is based on the theme "unmedicalization of life," where professionals of Occupational Therapy, Pharmacy, and Psychology perform services in the mental health field, presenting difficulties, strategies, and successful experiences in the work process, thus enabling reflection and discussion together on the ongoing construction of health-related knowledge.

*Keywords:* PET-Health Networks. Mental Health. Unmedicalization of life. Formation in health. Interdisciplinarity.

#### **La construcción de conocimiento en el trabajo de salud mental: experiencias de educación en salud**

Es un relato de experiencia de los estudiantes y docentes del PET-Salud/Redes, a partir de acciones comunes en una unidad de salud. Destacase la construcción del trabajo en equipo y la importancia del aporte de diferentes visiones sobre la construcción de alianzas necesarias para efectivación del proyecto. Como objetivo nos proponemos demostrar cómo la participación en este PET influyó en la formación de estudiantes y profesionales involucrados. Este estudio plantea preguntas sobre el trabajo interdisciplinario y el impacto en la formación del conocimiento a reunirse con objetivos comunes. La discusión pasa del tema "desmedicalización de la vida", donde los profesionales de Terapia Ocupacional, Farmacia y Psicología realizan acciones en el campo de la salud mental, presentando dificultades, estrategias y experiencias de éxito en el proceso de trabajo, permitiendo la reflexión y discusión conjunta sobre la construcción de conocimiento en salud.

*Palabras clave:* PET-Salud/Redes. Salud Mental. Desmedicalización de la vida. Formación en salud. Interdisciplinarietà.

Recebido em 27/10/2014. Aprovado em 13/02/2015.