

Capítulo 4

Aprendizagem em saúde mental e saúde da família: o contexto das instituições de ensino superior

João Mendes de Lima Júnior
Nairan Morais Caldas
Débora Cristiane Silva Flores Lino

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA JÚNIOR, JM., CALDAS, NM., and LINO, DCSF. Aprendizagem em saúde mental e saúde da família: o contexto das instituições de ensino superior. In: SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 83-127. ISBN 978-85-7455-447-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 4

APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

João Mendes de Lima Júnior
Nairan Morais Caldas
Débora Cristiane Silva Flores Lino

Um dos grandes desafios para a sustentação das políticas públicas diz respeito à formação de profissionais com competências e habilidades para apropriação teórica e técnica, sem a qual é difícil avançar na consolidação de tais políticas. Este fato torna-se mais delicado quando os rumos da política são orientados por uma forte base conceitual-ideológica, como é o caso da saúde mental, cuja decisão quase sempre é perpassada pela ideologia que, não necessariamente, esteve estampada nos aportes teóricos.

Sem dúvida, a loucura, como uma construção social, esteve sempre tomada por ideologias decorrentes dos processos sociais em determinados contextos históricos. Isso significa dizer que, para além da necessidade de formar teórica e tecnicamente um profissional no campo da saúde mental, trata-se, antes de tudo, de desconstruir e construir ideologias sobre a loucura, considerando todos os sentidos que esse debate comporta.

O sentido é resultante de uma construção social decorrente das muitas interações entre o sujeito e seu contexto, pessoas e situações. Segundo Spink e Medrado (1999, p. 41), é por meio do sentido construído que as pessoas “constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e [os] fenômenos a sua volta”. O sentido construído passa a ser o elemento que norteia a interpretação, por um lado, e a ação, por outro.

Como se não bastassem os desafios inerentes ao processo de aprendizagem em saúde mental, nas últimas décadas, as universidades brasileiras vêm sofrendo uma pressão externa no sentido de dar primazia à

formação de profissionais numa lógica em que os determinantes são ditados pelas necessidades do mercado de trabalho (SANTOS, 2005). Isso implica em comprometimento à produção de conhecimento em determinadas áreas que não são do interesse do mercado.

Nessa lógica, a saúde mental na perspectiva da reforma da atenção psiquiátrica – antimanicomial, desinstitucionalizada – certamente corresponde a uma das áreas de menor investimento de recursos e de menos interesse para o mercado, dando a temática um caráter periférico dentro dos currículos brasileiros.

Questiona-se, pois, como abordar o problema considerando a dimensão ideológica que o debate encerra e, por outro lado, como descolar a saúde mental da condição periférica à qual foi submetida nos currículos acadêmicos, trazendo-a para o centro da formação, uma vez que pode ser considerada um dos grandes eixos transversais da saúde, conforme afirma Lima Júnior *et al.* (2010).

Sabendo da delicadeza e da sensibilidade que o tema exige, algumas ações conjuntas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação tentam construir políticas reparadoras para as lacunas, no tocante à formação e à ampliação do número de trabalhadores para saúde mental. Um exemplo é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental, *Crack*, Álcool e Outras Drogas (PET-Saúde/Saúde Mental *Crack*). São necessários recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura, o que exige, cada vez mais, da formação dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

O relatório da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas dedica um capítulo inteiro sobre o tema (BRASIL, 2011), apresentando ações estruturantes como a ampliação do aporte financeiro para educação permanente, a criação de residências multiprofissionais em saúde mental, ampliação do número de PET-Saúde/Saúde Mental *Crack*.

Atualmente, há uma crescente preocupação na diversificação da produção de conhecimento em saúde mental, historicamente concentrada em dois eixos temáticos: ensaios farmacológicos e ensaios diagnósticos (BRASIL apud CAMPOS; FURTADO, 2006). Com a ampliação dessa produção, tanto no que diz respeito ao volume de publicações quanto no que tange aos objetos estudados, alguns estudos analisam a formação de profissionais ou de categorias específicas como o caso da Enfermagem, Medicina e Psicologia.

Estudo realizado por Lucchese (2007) com docentes que ministram disciplinas de Enfermagem voltadas ao campo da saúde mental revela que, embora se verifique algum esforço no sentido de mudança do cenário, os profissionais da enfermagem – importantes articuladores do processo da reforma psiquiátrica – ainda reproduzem os velhos paradigmas da saúde mental, identificado através das metodologias utilizadas e de alguns discursos.

Considerando que não se trata de uma situação isolada numa determinada região do país, há indícios, identificados por estudos realizados no Brasil, convergindo para a identificação dessa fragilidade (SOUZA; MATIAS; GOMES, 2007; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Ceccin e Feuerwerke (2004) nos remetem a uma dimensão bastante singular quando se trata da formação de profissionais que, posteriormente, exercerão suas funções numa proposta como a do SUS. São requeridas condições na constituição do currículo que estejam muito além da composição formal da relação transmissão/aquisição. Assim, espera-se que as academias estejam sensibilizadas para o seguinte:

[...] projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKE, 2004, p. 42).

No que tange às singularidades da formação em saúde mental – a necessidade de contemplação de aspectos sensíveis como a escuta qualificada, a clínica na perspectiva ampliada, o acolhimento, o encontro respeitoso, a necessidade de empoderamento do usuário, a urgência do protagonismo dos sujeitos portadores de sofrimento mental, sendo o próprio cuidado enquanto “episteme” e “práxis” – constata-se certo empobrecimento na formação dos profissionais. Empobrecimento que não só afeta a saúde mental como toda a formação em saúde, pois a clínica do vínculo e a responsabilização de cuidados não são objetos relevantes de estudos nas faculdades da área (LOBOSQUE, 2007).

Embora se verifiquem, ainda, muitos obstáculos a serem superados, é inegável os esforços das universidades brasileiras para reformulações dos currículos

convergentes para a formação comprometida com o Sistema Único de Saúde (SUS). Em saúde mental, pode-se verificar tal avanço a partir das novas diretrizes curriculares postas para a formação de profissionais de algumas áreas relevantes para a consolidação da reforma da atenção psiquiátrica, tais como: Enfermagem, de acordo com a Resolução CNE/CES N.º 3, de 7 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001), e Psicologia, conforme a Resolução CNE/CES N.º 8, de 7 de maio de 2004 (BRASIL, 2004).

É nesse cenário polissêmico de permanências e rupturas, de acordos e desenlaces, de avanços e retrocessos, vanguardas e anacronismos que se desenha o processo de formação em saúde mental no Brasil. Provavelmente, o que há de comum em tudo isso é a constatação de que, em primeiro lugar, o objeto da saúde mental é complexo por natureza e é assim que deve ser abordado. Em segundo lugar, qualquer visão parcial tende a produzir uma deformação, uma vez que “toda simplificação de um problema acarreta necessariamente sua falsificação”, como disse Lobosque (2007, p. 42), significando que o campo da saúde mental estará posto sempre num certo território de tensionamento.

Nesse sentido, o presente capítulo discorrerá sobre um dos desafios da reforma da atenção psiquiátrica, que é a formação dos profissionais de saúde para atuação no âmbito da saúde mental e da Estratégia de Saúde da Família. Assim, buscará refletir sobre o contexto das instituições de ensino superior, especialmente, o da formação de médicos e de enfermeiros, buscando perceber as práticas discursivas referentes ao objeto em questão.

O referencial teórico baseia-se na compreensão teórica do *construcionismo social*, perspectiva que considera que as práticas discursivas são socialmente construídas, sempre contextualizadas dentro de uma cultura, capazes de promover a possibilidade de reconstrução de realidades e práticas, num movimento dinâmico, vivo, mutável, sendo base para uma contínua compreensão dos discursos como algo social e historicamente determinado.

A saúde mental no contexto da formação de profissionais da medicina e da enfermagem nas universidades públicas da bahia

O debate que se segue faz um recorte dos dados coletados com docentes de várias áreas e que ministram disciplinas ou componentes curriculares nos quais abordavam a temática da saúde mental. Os sujeitos dessa amostra, nove ao todo, são docentes das universidades públicas baianas estaduais (Uneb, Uefs e Uesb) e de uma universidade federal (UFBA), que atenderam ao critério mínimo de atuar há mais de um ano com essa temática. Os elementos discursivos destacados para fins de análise foram: a aprendizagem e suas implicações para a reforma da atenção psiquiátrica; a existência de ações interdisciplinares no âmbito das instituições de ensino; projetos de pesquisas e de extensão em saúde mental; tecnologias de ensino/aprendizagem; práticas discursivas sobre saúde mental e saúde da família.

Buscando compreender a diversidade das práticas discursivas dos sujeitos entrevistados sobre o

tema em tela, procuramos não dicotomizar as diferentes concepções, tendo o cuidado, ainda, de não criar um crivo de verdade ou de sentido único. Isso apenas produziria uma cristalização semântica e em nada auxiliaria a compreensão dos múltiplos sentidos – polissemia – e da dinâmica de cenários complexos do campo da saúde mental.

Embora as entrevistas tenham sido realizadas individualmente, partiu-se do pressuposto de que o sentido seja um atributo socialmente construído (SPINK, 2003). Trata-se de uma tentativa de explicitação dos processos pelos quais as pessoas explicam e dão sentido ao que fazem. Isso difere em muito da tentativa de encontrar convergência que permita criar um parâmetro generalizável de verdade a ser posto como norma.

Dessa forma, considerando a diversidade de contextos e de cenários tanto das políticas públicas quanto das universidades brasileiras, a análise decorrerá da identificação de permanências e rupturas entre as similaridades e singularidades que caracterizam a diversidade da produção de sentidos nesta pesquisa.

Em geral, o contexto e os sujeitos dessa produção caracterizam-se por apresentarem: a) diversidade na formação profissional dos docentes (médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as) e assistentes sociais) responsáveis pelas disciplinas de saúde mental nos cursos de Enfermagem e Medicina. Ao lado desse fato, verificamos ainda a existência de profissionais com formação em distintas abordagens teóricas, tais como: Psicanálise, Homeopatia, Psicologia Social e da Saúde (psicólogos); b) diferentes pontos de vista

sobre o processo e o sucesso da reforma da atenção psiquiátrica. As perspectivas variam desde a convicção do sucesso até os que concordam com a reforma da atenção psiquiátrica, mas com a desconfiança de que não acontecerão grandes avanços; c) um cenário político-pedagógico (nas universidades públicas baianas) bastante heterogêneo; há matrizes curriculares tradicionais que organizam os conteúdos em disciplinas, reproduzindo o modelo da fragmentação da aprendizagem; no caso da saúde mental, ela é vista de modo repicado como temática diluída em uma ou duas disciplinas. Contudo, há também universidades que têm os currículos organizados em ciclos de aprendizagem onde a saúde mental é vista numa lógica de integralidade no diálogo com várias outras demandas em saúde. Verificamos a existência de diferenças significativas também no tocante à metodologia dos cursos. Há desenhos metodológicos em que as aulas são tradicionais ou expositivas, sendo que em outros cursos as metodologias são participativas e problematizadoras. Os docentes das universidades com metodologias ativas tenderam a compreender a reforma da atenção psiquiátrica com a incorporação da saúde mental na saúde da família de modo mais confiante; d) cursos com organização modular de conteúdos em que há uma maior articulação dos temas referentes à saúde mental com o conjunto da formação, ou seja, produz-se menos fragmentação entre os conteúdos. Uma constatação comum foi que, com a necessidade de formação generalista, os cursos não possuem disciplinas específicas para saúde mental. A temática comumente é dissolvida em disciplinas tais como: Psicologia Médica, Psicologia Aplicada à Saúde,

disciplinas afins para a residência médica, ou em módulos transversais em alguns cursos.

A aprendizagem e suas implicações para a reforma psiquiátrica

O sucesso de uma política pública requer um conjunto de pessoas com competências e habilidades que, transformadas em práxis, tornem viável a concretização e a consolidação do novo modelo que surge. Isso é ainda mais evidente quando se trata de questões de caráter paradigmático. Nesse sentido, a formação dos novos profissionais deve ser considerada como um dos aspectos decisivos no processo. De acordo com Krausz (1997, p. 152), as instituições formadoras têm uma cota de implicação para o sucesso da política de saúde uma vez que,

no caso específico da Saúde Pública, a Universidade tem um papel crucial na formação de recursos humanos; papel este que tem sido objeto de muitas discussões e debates em virtude da importância que esses recursos humanos representam, não apenas nas ações de saúde propriamente ditas, como também na própria definição da política de saúde a ser seguida. Daí decorre a necessidade de rever constantemente os programas de formação de recursos humanos para a Saúde Pública, com o intuito de oferecer um preparo adequado aos papéis que estes irão exercer nos diferentes escalões institucionais.

A relevância da formação de recursos para a saúde mental é um aspecto reconhecido pelo próprio

Ministério da Saúde que considera ser esse um dos grandes desafios à consolidação da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Os entrevistados aqui também reconhecem que as diretrizes que determinam a formação profissional correspondem a um fator decisivo para o sucesso da reforma da atenção psiquiátrica:

– Aqui, nós estamos formando os profissionais que vão se formar e depende da universidade e da gente, dos profissionais que estão aqui, formar essa nova mentalidade (ENTREVISTADO 3, 2009, p. 1-5).

Nesse aspecto, o projeto pedagógico da instituição acaba sendo um dispositivo estratégico para garantir o pacto com a formação de mão de obra qualificada, bem como a formação de profissionais comprometidos com a sustentação da política de reforma da atenção psiquiátrica. Ou seja, não basta apenas instrumentalizar teoricamente, trata-se de enfatizar o compromisso com a política pública vigente. Assim, ocorre um processo dialético em que a universidade se transforma e vai também transformando seu jeito de fazer.

– Com essa mudança de paradigma, a gente diz assim, questionando o serviço, porque o profissional nosso, o profissional que a gente está formando já que a gente é uma instituição de ensino superior que forma pessoas que vai trabalhar na rede de saúde mental (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-5).

O processo de formação passa a assumir uma condição *sine qua non* para a reforma da atenção

psiquiátrica, o que traz consigo a existência de uma relação de implicação entre a instituição e, conseqüentemente, a formação dos profissionais e as políticas públicas. Alguns dos entrevistados acreditam que esta compreensão deve ser vista como condicionante para o sucesso nas políticas de saúde mental.

Uma aliança necessária, quase que devia ser até um [...] Uma condição, para que a gente não corra o risco de acontecer aquilo que eu falei (fazer referência ao que foi dito) [...] e assim [...] Uma condição, essa articulação da universidade (com quem?) (ENTREVISTA-DO 2, 2008, p. 1-10).

A lógica da “aliança” sintetiza bem a necessidade da articulação entre a formação profissional e as políticas públicas em saúde mental. Criar um laço, articular, atrelar, aliar a formação com as necessidades das políticas públicas. Essa é uma importante estratégia para, definitivamente, mudar uma cultura que, historicamente, se configurou nas academias brasileiras caracterizadas por certo descompasso entre a formação profissional e as demandas dos setores públicos.

Ações interdisciplinares no âmbito das instituições de ensino

O cenário dos modelos e estratégias institucionais dos sujeitos entrevistados apresenta uma realidade de bastante heterogênea. Se há certo consenso no que tange ao reconhecimento da importância da formação profissional como fator decisivo para o sucesso das

políticas de saúde mental, por outro lado, no que diz respeito ao modo como isso se processa na prática, verifica-se a existência de uma significativa diversidade. Existem instituições nas quais a formação em saúde mental se dá de modo ainda fragmentado em momentos esporádicos, em disciplinas que não dialogam entre si; mas há também algumas que conseguem inserir articuladamente a temática da saúde mental, criando um elo entre diferentes disciplinas ou módulos.

A discussão sobre saúde mental ainda é feita em algumas universidades de modo fragmentado. Além disso, o ensino ocorre apenas em disciplinas estritamente voltadas ao núcleo de saber, ou seja, a discussão não atravessa ou transversaliza o contexto da formação profissional, ficando limitada às disciplinas clássicas, tais como: Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e Psicopatologia.

Não [há] outras disciplinas em Enfermagem que possam abordar a questão. A discussão é incluída em disciplinas afins. E a gente também não tem feito de uma forma articulada (ENTREVISTADO 7, 2009, p. 1-15).

Já existem movimentos no sentido de articular ou agregar a saúde mental ao conjunto de várias disciplinas, ou mesmo de ações voltadas a outros dispositivos que garantam o diálogo com a saúde mental. Diga-se de passagem, que essa modalidade de arranjo institucional prevaleceu entre os entrevistados. A maioria das instituições esboça sinais dessa interface.

Verificamos, ainda, que algumas experiências interdisciplinares abrem a possibilidade de inclusão

para a participação de discentes de cursos que, historicamente, se implicam de maneira discreta no campo da saúde mental. Tal possibilidade traz um ganho não somente pelo quantitativo de profissionais de diferentes áreas, mas principalmente por novos olhares sobre o objeto da saúde mental, impactando as práticas de cuidado, elevando o deslocamento do debate da perspectiva estrita do transtorno mental:

Inclusive, esse pessoal de lá e de outros departamentos que trabalham também com essa área estão se inserindo nesse projeto que são [...] as tecnologias assistidas a idosos portadores de Parkinson. [...] Inclusive de alunos do curso de Fisioterapia, de Educação Física (ENTREVISTADO 1, 2008, p. 1-11).

No contexto das instituições que possuem estratégias de articulação e interdisciplinaridade na saúde mental, verificam-se dois cenários: a) há instituições que têm em seu projeto pedagógico o compromisso assumido com a garantia da interface entre as várias áreas do conhecimento; b) entretanto, em outras entrevistas, fica evidenciado que essas ações não correspondem, necessariamente, a metas institucionais postas no projeto político-pedagógico, mas decorrem do esforço e dedicação de alguns atores/atrizes implicados diretamente com a discussão.

Cenário “a”

– Claro. A interface [...] é porque a saúde mental na verdade, agora com essa nova legislação curricular a partir da LDB, que é a Lei de Diretrizes e Bases, a gente está tendo

todo o [...] projeto político pedagógico (ENTREVISTADO 6, 2008, p. 1-10).

Cenário “b”

– Olha, tenho algumas ideias, mas nada fechado ainda, principalmente porque, como eu digo pra vocês, a primeira disciplina de Psicologia [...] Ela é bem básica e ela é para dar noções básicas mesmo do que é, e aí eu preciso trabalhar a idéia do amadurecimento dos alunos, para ver se eles estão prontos para isso então, o que eu pensei foi, caso essa disciplina seja realmente desmontada para o semestre que eu estou propondo que eles já começam a ter contato com o paciente, então aí é possível criar uma parceria para esses professores que estão acompanhando essa prática (ENTREVISTADO 3, 2008, p. 1-5).

Em todo caso, dada a complexidade do objeto da saúde mental, a interdisciplinaridade acaba sendo, ao mesmo tempo, causa e consequência. Cabe às instituições de ensino o reconhecimento das interfaces desse objeto e, em função delas, criar condições para que, efetivamente, sejam construídas estratégias para que a formação profissional consiga ser sensível ao ponto de alcançar a característica sutil desse objeto. Contudo, a partir das entrevistas produzidas, verificamos que o debate sobre saúde mental mostra francos sinais de caminhar rumo a uma compreensão interdisciplinar e continua centrado nas práticas de saúde. Não se verificou qualquer registro de ação ou mesmo esboço de intenção para um diálogo interdisciplinar com áreas de campos de afinidade, como as humanidades ou as ciências sociais. Isso também é revelador

do *zeitgeist* atual. A partir de evidências como essas, podemos repensar os passos futuros para a organização da interdisciplinaridade no processo de formação profissional para o campo da saúde mental.

Projetos de pesquisa e de extensão em saúde mental

No âmbito dos pilares da pesquisa e da extensão em saúde mental, nas instituições de ensino universitário, acontece um fenômeno que revela certa fragmentação em relação à articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Dos sujeitos entrevistados, apenas dois dizem que a instituição não possui atividades acadêmicas dessa natureza. Todos os demais dizem que a instituição realiza pesquisa e extensão em saúde mental. Do conjunto das respostas, verifica-se em apenas uma a relação entre os três pilares da universidade:

– Mas assim, sempre buscando integrar ensino, pesquisa, extensão dentro da disciplina, sempre enfocando a construção do conhecimento [...] (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

Quando se investigaram as temáticas ou os objetos de estudos dos demais sujeitos, constatou-se a diversidade no que diz respeito ao interesse e, também, que os objetos trabalhados na pesquisa ou na extensão estão de certo modo descolados das disciplinas. Ou seja, são demandas paralelas aos conteúdos ministrados e, em algumas situações, correspondem a uma sequência do tema estudado na pós-graduação

pelo próprio sujeito, uma espécie de prolongamento de suas temáticas de estudo, dialogando ou não com os conteúdos ministrados nas disciplinas:

– Sim, pesquisa em Representações Sociais em saúde mental em comunidades de baixa renda (ENTREVISTADO 8, 2008, p. 1-8).

– Tem projeto de pesquisa com Parkinson. Pesquisa grande, interinstitucional (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

– Temos dois: catadores de lixo e violência entre adolescentes. Catadores de lixo a gente vai identificar os riscos trabalhista deles e também os riscos emocionais, então eu estou trabalhando na área de saúde mental com eles [...] (ENTREVISTADO 5, 2009, p. 1-9).

– Estamos trabalhando com atividade de pré-atendimento ao estresse na emergência e em pré-atendimento a nível de SAMU. Então a gente está trabalhando com aluno bolsista do CNPq e a gente está fazendo um trabalho com profissionais de saúde, né? Cuidando do cuidador. A questão dos técnicos no processo de pré-atendimento. Porque toda situação de emergência ela é movimentadora de estresse [...] (ENTREVISTADO 6, 2008, p. 1-10).

Um aspecto importante demonstrado pelas entrevistas é que parte dessas pesquisas e atividades de extensão é financiada pelos órgãos de fomento das instituições, tais como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

Sabemos que os investimentos destinados à pesquisa em saúde mental, oriundos dos órgãos de

fomento e diretamente do próprio Governo Federal, vêm crescendo significativamente¹. Além disso, é crescente também o investimento em programas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como dispositivo fundamental para fomentar as ações articuladas entre a pesquisa e a extensão nas Instituições de Ensino Superior. Gradativamente, os editais passam a financiar também estudos voltados à problemática do álcool e outras drogas como sendo demanda em saúde mental. Estima-se que o conjunto dos editais, somente oriundos dos órgãos do Governo Federal lançados entre 2008 e 2011, compute mais de R\$ 20.000.000, o que trará um fôlego financeiro importante para ações centradas no processo de formação de novos profissionais para o campo da saúde mental no Brasil.

Tecnologias de ensino/aprendizagem

Os recursos adotados como estratégias metodológicas e tecnológicas para garantir o processo ensino-aprendizagem em saúde mental nas práticas pedagógicas dos docentes entrevistados mostraram-se da maior heterogeneidade. Este foi o item observado nas entrevistas com maior diversidade e criatividade. As estratégias variaram desde as aulas mais tradicionais

¹ Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N.º 33/2008; Edital CNPq N.º 41/2010; Edital N.º 027/2010/GSIPR/SENAD/MS/MEC

– tais como as expositivas –, contemplando estratégias como problematização, discussão de caso clínico, oficinas e outras.

Devido à pluralidade dessas estratégias tecnológicas, achamos por bem não organizá-las em categorias para que possamos efetivamente dar conta da riqueza revelada pelas entrevistas. Conforme Pinheiro (1999), a entrevista, enquanto uma produção de sentidos, lida com uma realidade polissêmica; isso traz uma consequência ética para a interpretação de uma pesquisa, compelindo esse processo a não se fechar apenas para o que há de regular nos dados. Desse modo, de acordo com Spink e Medrado (1999, p. 48),

o foco dos estudos que adotam esse conceito deixa de ser, assim, apenas a regularidade, o inviável, o consenso e passa a incluir também a própria variabilidade e polissemia.

Além disso, a diversidade de respostas aqui obtidas está diretamente relacionada à realidade institucional de cada entrevistado, reforçando a tese central do construcionismo social que considera que as práticas discursivas estão diretamente relacionadas à **problemática dos contextos de sentido**, em que se deve considerar a “cristalização de discursos institucionais, as posições socialmente disponíveis” (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 51), entre outros.

Como dito acima, a realidade institucional das universidades estudadas aqui mostrou-se bastante diversificada, a partir dos conteúdos expressados nas entrevistas dos docentes.

Cenário “a”:

Das metodologias tradicionais

– Então, a metodologia mais é leitura de textos direcionados, debate, elaboração de textos em cima desses conhecimentos específicos [...] (ENTREVISTADO 8, 2008, p. 1-8).

– A gente trabalha a parte teórica, conteúdos teóricos, inicialmente, a gente aborda desde a questão dos aspectos históricos da psiquiatria e fala um pouco sobre essa mudança no modelo de tratamento que é a reforma psiquiátrica, aborda os principais transtornos mentais, ações de enfermagem (ENTREVISTADO 4, 2008, p.1-2).

Cenário "b":

Das tecnologias de ensino-aprendizagem que se baseiam na metodologia da problematização.

[...] a gente trabalha muito com a questão da problematização, de estar atuando mesmo como facilitador do processo de aprendizagem, embora também a gente tenha a metodologia que está sendo também construída na verdade [...] (ENTREVISTADO 01, 2008, p. 1-11).

– Habilidade baseada em problemas e, especificamente, no módulo a gente usa, é... Não só as tutorias, né [...] Os tutoriais que é essa habilidade baseada em problema, como também as palestras (ENTREVISTADO 2, 2008, p. 1-10).

– A metodologia aqui é aprendizado baseado em problemas. Então, os problemas do paciente são: a vida dele e dentro desta limitação, é que temos, como alunos de curso de uma faculdade pública, o professores, né? Dentro da nossa realidade, tendo conhecimento da

limitação do paciente, perceber até aonde o paciente pode ir, nos colocarmos mais de uma forma muito mais enfática de que normativa (ENTREVISTADO 5, 2009, p. 1-9).

No conjunto das respostas que sinalizam a realização do trabalho com base na problematização, verificamos variações interessantes partindo de diferentes modos de compreensão semântica do sentido e do conceito daquilo que vem a ser o **questionado**:

– A problematização é a comunicação voltada para o processo, onde os alunos estão também construindo conhecimento (ENTREVISTADO 1, 2009, p. 1-11).

– Eu acho que tem que ser a crítica social dos conteúdos, que é um dos tipos de [...] tendências que eu utilizo, onde você tenta passar os conteúdos para os alunos, né? Tudo aquilo que foi produzido não vai ser jogado fora e, a partir daí, você entra com a problematizadora, né? Com a pedagogia mais, mais, mais construtivista, né? Onde o aluno trabalha na produção, na construção do seu conhecimento, onde a gente tem aulas teóricas, né? Dialogadas e temos as práticas do campo (ENTREVISTADO 6, 2008, p. 1-10).

Há práticas que estão em constante processo de recriação, dialogando com diversos recursos e que, por conta desta diversidade, eles não seriam facilmente localizados num único recorte metodológico. Trata-se de situações em que se verifica um amplo repertório de maneiras de pensar ou conceber a prática, de modo a permitir o trânsito por diferentes possibilidades de

ofertas, propostas e estratégias formando um verdadeiro corolário de soluções, dentre elas, destacamos:

a) A dinâmica entre os semestres:

– Em cada semestre que a gente passa, a gente está implementando uma nova forma de, não é nem de transmitir, é de construir, de produzir esse conhecimento [...] (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

b) A concepção metodológica e a filosofia pedagógica que impactam a práxis:

– A gente trabalha numa linha mais construtivista, numa linha mais problematizadora do que a gente trabalhava antigamente. Então, a nossa metodologia hoje é mais focada no processo de problematização e não naquele ensino, na reprodução, na remastigação do saber (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

c) A estruturação da disciplina pautada no tripé da universidade:

– Mas assim, sempre buscando integrar ensino, pesquisa, extensão dentro da disciplina, sempre enfocando a construção do conhecimento não é? De você ensinar a pensar, não é? E não apenas é você transmitir aquilo que a literatura nos mostra, né? Dados da literatura (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

d) A criação de delineamentos didáticos:

– Então, a gente pegou todas as Portarias referentes à saúde mental, a Lei 10.216, e falou: – Vamos construir uma linha de tempo relacionada com a rede. Então, por exemplo, você pega a portaria que está falando do

Caps. Então, o aluno na linha de tempo, ele vai localizar essa portaria e ele vai fazer uma articulação com a implementação do serviço. Então, a gente fez a construção desse painel integrado, desse que a gente chamou de linha de tempo, com todas as portarias e também associando as Residências Terapêuticas, o Ambulatório, o Hospital Geral (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

e) O desenvolvimento de habilidades como o controle social:

– Então, o objetivo nosso era que o aluno quando fosse apresentar isso em sala de aula e a gente está levando isso para fora dos muros da universidade. Isso que a gente construiu aqui, ele vai reproduzir isso lá fora. A gente pensou em marcar um dia na câmara de vereadores, um dia quem sabe, convidar os vereadores e a comunidade em geral, onde a gente pudesse estar debatendo esses conteúdos, lá. Então a gente trabalhou com esses seminários que a gente chamou linha de tempo, de painel integrado e tal. Num outro momento, a gente trabalhou com júri simulado, a questão da reforma psiquiátrica, discutindo a psiquiatria e a saúde mental (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

f) O uso de outros atores e outros discursos como interlocutores:

– Conseguimos até trazer um promotor público para a sala de aula (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15)

g) O uso de recursos que desenvolvam habilidades específicas:

– Trabalhou a comunicação, trabalha com exposição dialogada também e com textos, essa parte de comunicação e relacionamento em que a gente trabalhou a comunicação como um processo e não aquela comunicação linear [...] Emissor, receptor (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

h) A utilização de recursos ou metodologia ativa como a intervenção em campo:

– A gente vai, os professores, né? Os professores vão lá com o agente comunitário, visitam a casa do usuário, da família. Leva o aluno, apresenta o aluno e aí o aluno desenvolve duas visitas, ou três, quantas forem necessárias para ajudar essa família a compreender e fazer alguma sorte de intervenção junto a família (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

A riqueza de relatos como esses mostra a vivacidade, a dinamicidade, a versatilidade e o caráter multifacetado da práxis pedagógica, além de considerar a complexidade que caracteriza o campo da saúde mental. Vê-se, aqui, a combinação entre um objeto que exige ser abordado de modo multilateral e a disposição e utilização de um verdadeiro **arsenal** de recursos para a sua devida apropriação.

Práticas discursivas sobre saúde mental e reforma psiquiátrica

De modo semelhante ao que caracterizou o tópico anterior, as respostas obtidas aqui variaram bastante. O olhar dos entrevistados sobre a função

exercida pela universidade no processo de reforma psiquiátrica mostrou-se, invariavelmente, polissêmico. Os discursos manifestados pelos entrevistados revelam a gênese e as circunstâncias do processo e a reforma da atenção psiquiátrica em si, bem como evidenciam aspectos da própria inserção das universidades que atuam no campo das políticas públicas.

Como defende Bezerra Júnior (1992), em se tratando da perspectiva histórica e semântica da reforma da atenção psiquiátrica pode-se considerar que sua trajetória não é linear; a compreensão por parte dos atores e das forças que a compõe não é homogênea e sua organicidade, enquanto movimento, não tem sido constante. Spink e Medrado (1999) afirmam que a compreensão dos sentidos do discurso exige atenção ao *tempo vivido*, ou seja, ao processo de ressignificação dos conteúdos a partir de processos de socialização em que a produção do sentido tem como foco o contexto em que é produzido.

Sabemos que o processo de reforma da atenção psiquiátrica na Bahia é retardatário, quando comparado com o mesmo movimento em outros contextos do Brasil². Além disso, as experiências locais são demasiadamente díspares, com contextos e cenários bastante avançados, porém, aquém das realidades

² Ver o Relatório de Gestão 2007-2010 publicado pelo Ministério da Saúde, em 2011. Os Caps, na Bahia, só começam a ser implantados em 2002. Com mais afincos, somente na segunda metade da década o número de serviços consegue uma ampliação razoável, mas ainda abaixo do preconizado pelas metas do próprio Ministério (N. A.).

que dizem respeito aos resultados da reforma da atenção psiquiátrica. Isso caracteriza a falta de linearidade e de homogeneidade do processo da reforma na Bahia. Vê-se tal panorama revelado nos discursos dos entrevistados. Há de se considerar, ainda, a diversidade de projetos pedagógicos nas universidades baianas nos quais é possível encontrar desde cursos com disciplinas fragmentadas até cursos com desenho metodológico modular. No geral, há consenso no sentido de conceber a universidade como um dispositivo importante no processo de reforma da atenção psiquiátrica.

Diante da diversidade de pontos de vista, organizamos os conteúdos emergentes dos entrevistados sobre o tópico em dois eixos: as contribuições da universidade para a reforma psiquiátrica e os sentidos da reforma psiquiátrica.

As contribuições da universidade para a reforma psiquiátrica

Na resposta a seguir, vê-se a consideração do compromisso social da universidade centrado no processo de formação de profissionais:

- A universidade, ela tem um compromisso social, que é a formação de profissionais que vão se inserir no mercado de trabalho. Se a universidade, ela não prepara com qualidade, né? [...]
- Esses futuros profissionais, quem é que vai preparar? Então, o que, que na verdade está sendo mais necessário? [...]

- Acho que a universidade vai ser a incubadora para isso [...]
- É a função da universidade (ENTREVISTADO 3, 2008, p. 1-5).

Verificamos enunciados que atribuem a contribuição da universidade para o processo de reforma da atenção psiquiátrica centrado apenas na mudança dos conteúdos ministrados, dando a entender que isso, por si mesmo, poderia produzir o efeito de transformação das práticas:

- Eu acho que nós já estamos nesse processo de contribuir, quando a gente está discutindo a grade, readequando disciplinas e voltando muito para isso, por que veja: eles estão no começo do curso deles ainda, há todo um caminho a percorrer que, se a grade for voltada pra essa idéia de cuidar do ser humano com uma totalidade, eles vão sair profissionais com essa mentalidade. Então, mais do que ninguém, nós somos responsáveis por isso (ENTREVISTADO 3, 2008, p. 1-5).

No enunciado que se segue, nota-se um aspecto bastante particular; por um lado, o sujeito compreende a importância da universidade no processo da reforma, por outro, faz uma leitura crítica, tomando por base as dificuldades e a sobrecarga do trabalho docente, o que em parte obstaculizam uma contribuição maior. É interessante ver que isso não lhe impede de afirmar a importância da universidade nesse processo, considerando-a uma condição.

– Acho que pode contribuir muito, mas só de pensar em contribuir eu me canso. Porque, assim, nós estamos num momento muito crítico da docência no estado, acho que deva ser uma aliança necessária, quase que devia ser até uma condição, uma condição, essa articulação da universidade (ENTREVISTADO 2, 2008, p.1-10).

Os sentidos da reforma psiquiátrica

Considerando que a reforma da atenção psiquiátrica se fundamenta numa construção social, os sentidos e significados atribuídos a esse processo acabam sendo a base da práxis, ou seja, balizam o modo como o sujeito age no campo da saúde mental.

Num estudo realizado por Nunes *et al.* (2008), detectou-se um conflito ou uma dispersão no que diz respeito aos significados atribuídos ao campo das práticas em saúde mental por atores das atividades fins nos serviços. Detectou-se a coexistência de, ao menos, três grandes modelos ou discursos: o centrado no modelo biomédico humanizado; o psicossocial com ênfase na instituição e, por fim, o discurso psicossocial com ênfase no território.

Pode-se observar, também, a existência de uma diversidade de sentidos no que diz respeito à avaliação da reforma da atenção psiquiátrica. Identificou-se certa convergência no sentido de que a reforma é necessária, inevitável, mas também que é fundamental avançar ainda mais para que efetivamente se consolide.

Apenas um docente, embora lecione disciplinas voltadas para o campo da saúde mental, referiu não

conhecer a reforma psiquiátrica: – Olha, estou por fora. Então eu não posso falar nada, sinceramente (ENTREVISTADO 3, 2008, p. 1-5).

As demais entrevistas revelam docentes com uma clara e profunda compreensão do processo da reforma da atenção psiquiátrica em todos os sentidos, no que diz respeito ao cenário político, ideológico, clínico e organizacional. Interessante notar que, mesmo havendo concordância com a reforma, a maioria dos entrevistados consegue fazer uma leitura crítica dos avanços e das inconsistências da política de saúde mental no Brasil.

Sobre os novos dispositivos do campo da saúde mental, a avaliação construída pelos docentes considera até mesmo uma possível estagnação na continuidade de determinados fundamentos da reforma. Trata-se de uma “perspectiva crítica”, com ponderações ao modelo de rede e de dispositivos concebido para a sustentação desse processo:

– A reforma psiquiátrica, eu vejo assim, que, enquanto projeto, ele é maravilhoso, mas está faltando alguns trabalhos a serem realizados né [...] Por exemplo: qual a função do NAPS e do Caps né [...] O que nós vamos fazer com os pacientes moradores (de rua)? Tudo bem [...] Nós temos os lares abrigados né [...] E a questão do hospital guia como é que fica, né [...] E a questão do paciente que ocupa leito psiquiátrico no hospital geral mas, se nós não temos uma saúde pública de qualidade, como é que essa equipe está preparada para atender o paciente psiquiátrico nessa instituição geral se ele ainda não está preparado para atender direito com qualidade o serviço? A

reforma psiquiátrica para mim, ela tem um ponto muito positivo, quando ela trabalha o resgate da identidade do sujeito, mas ela se perdeu quando ela não soube dar a sua continuidade [...] ENTREVISTADO 8, 2008, p. 1-8).

O discurso seguinte apropria-se de um aspecto do conceito da reforma tecendo relações entre os aspectos constitutivos e as apostas no que diz respeito aos fundamentos da reforma psiquiátrica. Poderíamos identificar essas respostas como sendo caracterizadas pela preocupação com uma “perspectiva ideológico-política” da reforma. É o que se observa a seguir:

– Eu vejo que, de fato [...] reforma psiquiátrica mesmo, por que há trabalho acontecendo dentro dos hospitais, dentro da psiquiatria. Algumas reformas mesmo, no sentido de melhorar o atendimento dos usuários da psiquiatria, vamos dizer. Mas, o que eu entendo desse movimento e o que eu acredito é que é muito mais do que uma reforma, ele tem o nome de reforma, mas na verdade, é uma mudança mesmo, uma transformação. Pelo menos eu não acredito mais que dê para reformar a psiquiatria. Eu acredito que tem que se transformar a psiquiatria em saúde mental e isso, é claro, que a gente tem que aproveitar todas as contribuições. Até Pinel fez uma reforma psiquiátrica e a gente precisa também aproveitar tudo que foi construído da nossa história [...] Aproveitar o passado para estar construindo o presente, o futuro. Não é deixar o caminho [...] Então a nossa proposta nesse modelo, nessa nova perspectiva de trabalhar

a saúde mental é trabalhar o sujeito, colocar a doença entre parênteses e trabalhar o sujeito [...] (ENTREVISTADO 1, 2008, p.1-11)

Entre os entrevistados, também foi evidenciada uma “perspectiva cidadã”, visando à inserção social. Esta se volta para a relação entre a compreensão do sujeito portador de transtorno mental e as questões da cidadania:

– Olha, eu acho que a gente não tem nem o que discutir [...] Então, eu acho que a reforma psiquiátrica é a solução para o avanço da compreensão da pessoa com transtorno mental e no tratamento também, porque ela é quem está dando essa possibilidade de ver a pessoa com transtorno mental como cidadão, como cidadã e que deve estar inserida na sociedade e que deve se tratada como pessoa humana, inserida na sociedade (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

Concepções sobre saúde mental na Estratégia de Saúde da Família

Este tópico corresponde ao principal motivo deste estudo – a investigação sobre o processo de ensino-aprendizagem em saúde mental com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma discussão capital, hoje, no cenário das políticas públicas em saúde mental, a grande meta da reinserção social só acontece efetivamente no território onde o sujeito vive o seu cotidiano. Não há dúvidas de que serviços especializados como os Caps são importantes nesse

processo, mas há de se considerar que acabam produzindo certa “desterritorialização”, visto que o sujeito precisa sair do seu habitat cotidiano (familiar, social, cultural e outros) para dirigir-se a um serviço que, na maioria das vezes, está fora do seu bairro.

Desde a reforma psiquiátrica italiana, já há toda uma discussão acumulada, considerada resolutiva e impactante, no sentido de intensificar as estratégias que garantam a atenção no território. No que concerne ao processo de reorientação das políticas públicas em saúde mental no Brasil, Lima Junior (2010, p. 230) afirma que

o ideal da reinserção psicossocial, um dos motores da Reforma Psiquiátrica brasileira, pressupõe que a reinserção se dará na comunidade da qual o sujeito faz parte. É lá, portanto, que deve ocorrer a radicalidade das ações de saúde mental, pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para a incorporação, ampliação e consolidação de qualquer diretriz política, há a necessidade de encontrar respaldo e adesão no conjunto dos atores que serão responsáveis pela execução do processo. Em se tratando da incorporação da saúde mental na atenção básica, parece haver um conjunto de obstáculos que dificultam essa relação. Segundo Campos e Gama (2008, p. 223),

a falta de diretrizes, a falta de preparo técnico do profissional... fazem com que a demanda de saúde mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes tratada apenas com medicação.

Diante dessa constatação, torna-se necessária e urgente uma política de formação de profissionais para a ESF com competências e habilidades também em saúde mental, a fim de que a própria reforma da atenção psiquiátrica avance, uma vez que esse nível de complexidade do sistema tem a capilaridade necessária para a reinserção psicossocial tão desejada pelo movimento.

Os fragmentos descritos a seguir apresentam o que pensam os docentes responsáveis pela formação de novos profissionais no estado da Bahia. Saber sobre como pensam e quais os sentidos atribuídos tanto a sua práxis quanto à viabilidade dessa interlocução é imprescindível para o delineamento de uma futura diretriz política concernente à formação profissional. De modo unânime, todos os entrevistados acreditam ser fundamental a inserção da saúde mental na ESF.

No trecho descrito a seguir, de um entrevistado, a compreensão do que seja a saúde mental é genérica, sem referência ao atual paradigma; tem como pressuposto da reforma da atenção psiquiátrica a importância da saúde mental na atenção básica, isso para que não haja uma dicotomização entre a mente e o físico. Quando questionado sobre a reforma da atenção psiquiátrica, o entrevistado respondeu o seguinte:

– Eu acredito que seja uma coisa importante [...]. A gente ainda tem um modelo no Brasil que trabalha só com a questão da saúde física, não é? A gente vai num médico, ele não quer [saber] qual é o seu estado mental, ele só trata o seu corpo (ENTREVISTADO 3, 2008, p. 1-5).

Na interlocução entre as saúdes mental e familiar existem alguns gargalos no que diz respeito ao acolhimento. Embora ainda pouco expressivos numericamente, existem estudos sinalizando a existência de demanda reprimida de atenção à saúde mental na atenção básica (DIMENSTEIN et al., 2005). Essa constatação pode ser ainda mais evidente quando se trata de necessidades de cuidados em clínica médica geral, demandados por portador de transtorno mental que, frequentemente, tem seu objetivo reprimido, mesmo que o motivo não seja a atenção especializada. Essa foi a interpretação do entrevistado, como descrito abaixo:

– A inserção do doente mental no PSF é por que o sujeito, ele tem que ver que ele tem direito de usar o serviço de saúde. Esse serviço de saúde não necessariamente tem que ser geral ou mental, é serviço de saúde. E se o PSF é um serviço de saúde público, ele não é um serviço de saúde especializado. Ele é um serviço de saúde generalizado, que a doença mental está implicada aí dentro. E eu sou a favor que ele use o PSF (ENTREVISTADO 8, 2008, p. 1-8).

Uma das possibilidades de se compreender a relação entre saúde mental e saúde da família parte da conjectura de que a atenção básica tem que ser a “porta de entrada” de toda a população, independente da demanda ou necessidade de saúde apresentada. Em geral, a procura por cuidados em saúde mental leva diretamente aos serviços ditos especializados, criando um descompasso entre a lógica da hierarquização e os

níveis de complexidade da atenção. No discurso descrito abaixo há a compreensão de que a saúde mental também compõe o campo da saúde coletiva.

– E vejo que é essencial. Porque, assim como a saúde mental está totalmente dentro da saúde coletiva [...] Então, as pessoas estão ali no território de abrangência das unidades de saúde da família [...] Então, eu vejo que a porta de entrada, como qualquer outro sujeito, e a pessoa em sofrimento mental, que é diferente, e muitas vezes ele entra por outras necessidades de saúde, não por causa do seu sofrimento mental. Ele pode estar muito bem com a sua saúde mental e ter acesso a esses serviços (ENTREVISTADO 01, 2008, p. 1-11).

Embora concordante com o fato de que a saúde mental deve ter como porta de entrada a atenção básica, o trecho a seguir aponta um aspecto problemático dessa relação, qual seja: a pouca assimilação do discurso da saúde mental por parte dos profissionais da ESF:

– Eu acho que a atenção básica ainda não assimilou. Fora o serviço de saúde mental, que também tem a ver com a atenção básica, mas eu estou falando assim [...] Das unidades de PSF e os centros de saúde [...] Ainda não assimilou [...] Não assimilou, é [...] Ainda não incorporou a idéia, a noção de que a pessoa com transtorno mental tem que ser cuidada como a outra pessoa [...] mas eu acho fundamental, para mim é a porta [...] É o primeiro contato da família, primeiro a quem ele deve se dirigir, porque ele está inserido numa área [...] (ENTREVISTADO 7, 2008, p. 1-15).

A entrada da saúde mental na ESF pode trazer ganhos para a própria equipe de saúde, isso é o que se verifica no discurso abaixo. Destaque-se o fato de que o entrevistado ressalta que a saúde mental não pode ser confundida com a intervenção especializada dos profissionais do campo “psi”, ao invés disso deve haver uma série de “possibilidades de intervenção”:

– Então, eu acho que a saúde mental na atenção básica tem esse papel, de ter um olhar para a equipe e para saúde mental da equipe, ou para municiar essa equipe de técnicas, de conhecimentos e de informação para lidar com o portador de saúde mental dentro da comunidade [...] Borbulha na minha cabeça milhões de possibilidades de intervenção e que nem uma delas seria a psicoterapia, por exemplo, entendeu? (ENTREVISTADO 2, 2008, p. 1-10)

A ampliação da demanda de trabalho foi apontada como um aspecto relevante para a incorporação da saúde mental na ESF. Embora inevitável, esse processo pode encontrar resistência se trouxer impacto e desgaste para os profissionais da atenção básica. De acordo com o discurso apresentado abaixo, a equipe da ESF seria incumbida de acolher a demanda dos transtornos leves e moderados, uma demanda epidemiologicamente bastante expressiva. Contudo, é o grande dispositivo preconizado pela reforma da atenção psiquiátrica, a reinserção psicossocial, baseada na construção de vínculos sociais solidários. Pode-se afirmar que a ESF é, de longe, o mais significativo dispositivo da rede, pois que pode tornar possível essa meta:

– Eu acho que o PSF, eu estou até com pena da equipe da saúde da família, porque tudo termina caindo nas costas deles. Porque a proposta é um novo modelo, uma reorientação. Que nós sabemos que temos níveis de transtorno mental leve e moderado e a tendência nossa só especializar o que o profissional na área geral não dá conta. Então a princípio eu acho que o profissional da área de saúde da atenção básica pode ser qualificado, pode fazer o acolhimento e o encaminhamento do paciente mesmo porque se nós pensarmos uma boa equipe de saúde da família na sua atuação que sendo o profissional e a própria unidade ela é facilitadora dos vínculos sociais (ENTREVISTADO 05, 2009, p. 1-9).

Considerações finais

Longe da pretensão de oferecer uma visão última, imponderável ou incontestada, as conclusões aqui devem considerar um conjunto de situações. A realidade das políticas de saúde mental na Bahia deve ser considerada a partir da sua singularidade. O momento de início, o ritmo, a dinâmica, os resultados e o impacto da reforma da atenção psiquiátrica na Bahia possuem nuances que a torna diferente do modo como o processo tem acontecido em outros contextos do território brasileiro. Certamente, este cenário influencia muito o modo pelo qual os sujeitos entrevistados construíram suas respostas. Ademais, como o tema ainda é pouco investigado, estudos como esses são uma espécie de locomotiva; como tudo aquilo que se arrisca a criar campos de discursividade, está

sujeito a fragilidades. Contudo, nada disso diminui o mérito dos achados apresentados aqui. Os registros colhidos apresentam um importante retrato da realidade da formação para o campo da saúde mental na Bahia, oferecendo uma perspectiva panorâmica desse cenário.

Em linhas gerais, fica a impressão de que estamos lidando com um objeto demasiadamente heterogêneo, por isso rico de experiências que em determinados momentos se complementam, mas que, em algumas situações, conflitam sutilmente. Disso decorre a importância e a singularidade da experiência baiana. Fica, ainda, a impressão de que esse parece ser um processo vivo, em ebulição, tenso como tem de ser todo movimento de mudança, dinâmico como precisa ser tudo aquilo que pretender fazer história.

Do percurso apresentado nesse capítulo se pode constatar:

- A necessidade de criação de dispositivos que possam permitir uma maior interlocução entre as instituições (de ensino e de serviço) com o propósito de facilitar a troca de experiências;
- A garantia da singularidade da experiência de ensino/aprendizagem em saúde mental como uma construção social diversa e polissêmica, criando metas comuns para isso;
- Não recuar diante dos obstáculos enfrentados na produção de diálogos entre, saúde mental e a atenção básica.

Referências

BEZERRA JÚNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.) **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Editora da UFRJ, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. CNE/CES. **Resolução N.º 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: MEC, [200-]. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> >. Acesso em: 2 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. CNE/CES. **Resolução N.º 8**, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF: MEC, [200-]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. 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. Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS**. As novas

fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF, 2011.106p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A. P. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (org). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKE, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1, jan./jun. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_suetoc&pid=0103-733120040001&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 2 out. 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidade de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005.

ENTREVISTADO 1. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [abr. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-11. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 2. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [abr. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 3. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [abr. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-5. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 4. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [mar. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p.1-4. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 5. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [fev. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-9. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 6. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [jun. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 7. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [abr. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-15. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 8. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [abr. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-8. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 9. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [jun. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-4. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

ENTREVISTADO 10. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: entrevista [jul. 2008]. Entrevistadora: Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p.1-11. Entrevista concedida ao Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

KRAUSZ, R.R. Algumas reflexões sobre a formação de recursos humanos para a saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.151-155, mar. 1997.

LIMA JÚNIOR, J. M.; MELO, S. C. F.; BRAGA, L. A. V.; DIAS, M. D. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 229-233, abr./jun. 2010.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. In: _____. (org.). **Caderno Saúde Mental**, Belo Horizonte, v. 1, p. 33-44, 2007.

LUCCHESI, R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 883-885, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, jan. 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, maio/jun. 2003.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

SANTOS, B. S. **A universidade do século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

SOUZA, A. J. F. MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2007.

CAPÍTULO 4 - Aprendizagem em saúde mental e saúde da família: o contexto das instituições de ensino superior

SPINK, M. J. **Psicologia Social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Editora, 1999.