

Capítulo 5

Demandas de aprendizagem em saúde mental e saúde da família

George Amaral Santos
Rozemere Cardoso de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, GA., and SOUZA, RC. Demandas de aprendizagem em saúde mental e saúde da família. In: SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 129-151. 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 5

DEMANDAS DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

*George Amaral Santos
Rozemere Cardoso de Souza*

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) traz consigo o estímulo à atenção de base territorial e comunitária a partir dos encontros e vínculos com a população, da inserção da comunidade na equipe profissional e do foco na família (SOUZA, 2004). Também busca atender, de forma efetiva, a grande variedade de demandas que se apresentam no cotidiano, tendo em vista a máxima resolutividade possível.

Nesse caminhar, as equipes da ESF devem estar familiarizadas aos condicionantes de saúde do território e aptas a articular múltiplos conhecimentos na identificação de riscos e vulnerabilidade de grupos, famílias e indivíduos, essas condições são importantes para a criação de projetos terapêuticos singulares e resolutivos (CAMPOS, 2007).

Isto é de grande importância para a reforma da atenção psiquiátrica, na medida em que, potencialmente, busca a (res) significação da pessoa e da família que convive com transtornos mentais e a sua habitação nos espaços da comunidade, tendo suas demandas atendidas. Dessa forma, podem-se desenhar caminhos de integralidade na produção do cuidado, cujo objeto passa a ser “não mais a periculosidade e a doença, mas a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990, p. 30).

Atrelado a isto, pode-se pensar que as demandas por aprendizagem em saúde mental também dizem respeito ao fato de que muitos profissionais tiveram, em sua formação, contato quase exclusivo com o hospital psiquiátrico e suas mazelas, um lugar de exclusão social e anulação de subjetividades e cidadania. Para

além desse espaço, pouco se sabe sobre como cuidar das pessoas em sofrimento mental grave, de modo que a inversão desse modelo e a invenção de novas práticas – objetivos do processo de Reforma da Atenção Psiquiátrica – requerem transformações na formação acadêmica e profissional desses trabalhadores (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; NASCIMENTO; BRAGA, 2004; SILVA, 2010).

O processo educativo é, pois, fundamental para a construção da reforma e deve contemplar necessidades e recursos locais a seu favor. Pode-se pensar, então, que dentro do cotidiano de trabalho, quando surge a indagação: “O que fazer?” pode-se ler em concomitância: “O que saber?”.

A partir da pesquisa com equipes de saúde da família no estado da Bahia, questionamos sobre quais demandas por aprendizagem em saúde mental surgem no cotidiano de sua atuação e quais as estratégias e tecnologias de produção pedagógica são esperadas por elas para a construção do conhecimento.

Assim, passamos a descrever necessidades e demandas de aprendizagem em saúde mental produzidas nos grupos focais realizados com equipes da ESF de cinco municípios do estado da Bahia.

Agruparam-se os repertórios interpretativos dos conteúdos emergentes nos grupos que davam sentido(s) às demandas por aprendizagem em saúde mental na ESF, a partir de categorias que refletiram os problemas do cotidiano. São elas:

- Aprender sobre medicações psicotrópicas, devido à necessidade de orientar a clientela

quanto à prescrição ou ao seu uso na Unidade de Saúde da Família.

- Conhecer para intervir sobre o processo saúde/doença mental, ao considerar a necessidade de identificar um sujeito em sofrimento psíquico e de saber sobre os fatores desencadeantes do adoecimento mental e quais as formas de tratamento e prevenção.
- Agir sem preconceito, ao considerar a necessidade de trabalhar o medo frente à pessoa com transtorno mental.
- Desenvolver tecnologias de “aproximação” como resultados da necessidade de conhecer e de se responsabilizar pelo usuário que sofre mentalmente.
- Atuar como facilitadores da inclusão social, ao considerar a necessidade de saber como contribuir para a efetivação desse processo em saúde mental.
- Desenvolver habilidades de manejo frente ao usuário de álcool e outras drogas, por ser uma problemática marcadamente presente no cotidiano do trabalho das equipes.
- Desenvolver habilidades de apoio às famílias que vivenciam o adoecimento mental, por considerar a necessidade de contribuir com a produção de cuidado desenvolvido neste grupo, tanto mediado quanto carente da atenção à saúde.
- Receber cuidados que promovam a saúde mental e o bem-estar, desenvolvendo o autocuidado para cuidar de outros, ao referirem à necessidade de se autoconhecerem e de serem

atendidas em suas próprias necessidades de saúde mental.

Aprender sobre medicações psicotrópicas

Esse aprendizado advém do desejo das equipes em saber como atender a demanda imediata do paciente no que se refere à medicação, seja o ato de prescrevê-la ou de orientar quanto ao seu uso. Há uma dificuldade dos clínicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família para identificar e tratar adequadamente transtornos mentais comuns, como os caracterizados por um conjunto de sintomas que se associam à depressão e a ansiedade. Na literatura, essa situação é explicitada por dois aspectos: o estigma que envolve os transtornos mentais e os locais de aprendizagem durante a formação destes profissionais terem sido muito distantes da realidade do seu cotidiano (VALENTINI, 2004; RIBEIRO, 2007).

Diante da limitação desse aprendizado, pode-se identificar, no fragmento a seguir, um exemplo do que é feito e aprendido no cotidiano:

– Medicamentos [...] eu só prescrevo depois que o paciente passou pelo psiquiatra. Eu não prescrevo nenhum medicamento psiquiátrico, medicamento controlado, para nenhum paciente que chegue para mim primeiro. Eu encaminho e depois que (o paciente) vem com a receita, eu acompanho, mas dentro dessa prescrição (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

Ocorrem tanto encaminhamentos a profissionais especializados, atuantes em outro nível de atenção

da equipe local, como o ato de repetir prescrições do atendimento anterior na USF. Para Valentini (2004), esse posicionamento promove uma fuga dos critérios formais para se estabelecer a terapêutica e gera um risco maior de dependência aos psicofármacos. A nosso ver, ele pode significar, também, um facilitador do acesso da medicação ao usuário do sistema.

Além do ato de prescrever o medicamento, conhecê-lo foi um recurso do cuidado, usado pelas equipes de saúde da família, tendo em vista a orientação e o monitoramento do usuário quanto ao seu uso. Os participantes da pesquisa falaram sobre usuários do serviço que utilizavam diversos tipos de medicamentos em concomitância aos psicotrópicos, acentuando a necessidade de educação para o autocuidado, conforme podemos ver a seguir:

– Eles perguntam muito sobre o remédio. [...]

– Eu sei para que serve Paracetamol. Mas aí ela pode passar outro remédio que eu não sei. Eu digo: – Ah, eu não sei. Eu vou procurar saber. Como eu chego, às vezes, e pergunto: – Ô doutora, a senhora passou esse remédio aqui. Para que é? Ela vai me dizer. Mas se eu não souber ou se ela não estiver no momento? O paciente não vai tomar enquanto eu não descobrir. Porque nem todos eles saem da sala ali, sabendo realmente do que se trata [...] Se eles saírem com 3, 4 comprimidos, aí, é que eles não sabem mesmo. Para que é? Que horas vão tomar? Então a gente precisaria disso (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

Essas falas mostram que, nesses casos, não saber, necessariamente, não redundava em não fazer.

Há no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família movimentos em direção ao cuidar que superam a insuficiência do conhecimento.

Outro tipo de sentido construído em torno da demanda por conhecimentos sobre as medicações psicotrópicas se aproxima do paternalismo e implica uma postura reducionista frente à pessoa com algum tipo de sofrimento mental. Vejamos a fala a seguir:

– O médico dá a receita, se alguém precisar eu pego. Eu falo: por favor, pelo amor de Deus, faz de conta que eu sou a mãe de vocês, vão lá em casa pedir o remédio. Aí quando são oito horas eles jantam, eles vão lá em casa tomar o remédio e eu dou a água (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Essa forma de significar o outro, comumente, limita o cuidado à tutela, à vigilância, ao controle da medicação. Isto, se incorporado à vida daquele que é dessa forma significado, pode aprisioná-lo numa relação de poder em que ele assume o lugar de submisso (SOUZA, 2004).

Os sentidos das demandas por conhecimento acerca das medicações psicotrópicas, aqui construídos, lembram a fala de Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), quando afirmam que ele é importante para autonomizar tanto o profissional quanto o usuário em suas estratégias de enfrentamento diante da doença. A participação do usuário em seu tratamento contribuiria para o uso racional de medicamentos, potencializando o caráter terapêutico dos mesmos e a segurança dos pacientes em utilizá-los, haja vista as constantes interações de substâncias psicotrópicas (prescritas ou

não) a que se submetem. Além disso, refletir sobre a psicofarmacoterapia pode ser útil à significação que se dá ao fato de se tomar um fármaco carregado de sentidos e estigmas.

Conhecer para intervir sobre o processo saúde/doença mental

Essa categoria foi construída mediante conteúdos que abordavam a necessidade de identificar um sujeito em sofrimento psíquico, e de saber sobre os fatores desencadeantes do adoecimento mental, bem como as possíveis formas de tratamento e prevenção.

Para as equipes de saúde da família, o (des) conhecimento em relação a estes aspectos do adoecimento mental explicava o sentimento de medo e as inquietações sobre o assunto, dentre elas: “Quais doenças existem?”, “Quando é doença?”, “Como a doença surge?”, “É possível preveni-la?”.

Foi interessante constatar que essa demanda surge, principalmente, do desejo de se sentir seguro frente à pessoa com transtorno mental. Seguro, significando certo de sua ação e protegido de uma possível agressão. O conhecimento, nessa circunstância, retiraria o medo durante a ação de cuidar, possibilitando que este ato ocorra de forma menos ansiogênica para ambos os atores da cena, como podemos ver exemplificado na fala a seguir:

– Eu, na realidade, tenho medo. Porque eu não sei como lidar com essas pessoas. Eu gostaria de saber mais sobre o problema do

doente mental, para que também eu possa saber como cuidar e para que também eu possa vir a acabar com esse medo que eu tenho do meu próximo (GRUPO 1, 2008, p. 1-20).

Outras falas trazem, no seu bojo, a demanda de identificar o início do processo de adoecimento para evitá-lo. A lógica de atuação da Estratégia de Saúde da Família na intervenção de base territorial para diminuir a ocorrência do adoecimento parece estar presente no modo destas equipes pensarem a saúde mental.

O trecho a seguir indica a preocupação em identificar fatores que causam o adoecimento mental:

– Ele se recusa a qualquer coisa, e era uma pessoa normal. O que acontece com a pessoa dele? Como ficou assim? Quais os sintomas? É possível identificar antes de adoecer? [...] Por que as pessoas adoecem de uma hora para outra, é possível saber antes? O que fazer? (GRUPO 6, 2008, p. 1-10)

Há a preocupação em conhecer para estar junto. A desconstrução do medo e a construção do vínculo são partes do desejo de conhecer e compõem mais duas categorias acerca da demanda por aprendizagem em saúde mental.

Agir sem preconceito ao considerar a necessidade de se trabalhar o medo

Algumas falas relacionadas ao medo, gerado por desconhecimento do que está causando o comportamento desviante, colocam o cuidado com a pessoa em

sofrimento mental como uma atividade penosa. Há um empobrecimento dessa relação de cuidado entre o usuário e a equipe do serviço: “Tinha medo até de ir visitar porque ele sozinho, todo assim com a característica mesmo de doente mental, todo maltrapilho. Não é?” (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Pensar o medo é pensar o que traz o sofrimento humano. É outra forma de nomear a insegurança, o incerto, o que foge ao controle (BAUMAN, 2008). Partindo desse entendimento, saber sobre quem sofre, sobre seu sofrimento e sobre possibilidades de cuidado a este sofrimento, na perspectiva da Equipe de Saúde da Família, significa amenizar o desconforto durante o trabalho. Este desejo de saber, originado da reflexão sobre as vivências do trabalhador em saúde, é o requisito primordial para produzir alternativas de práticas e de conceitos (CECCIM, 2005).

Desse modo, refletir sobre o medo durante o atendimento ao portador de transtorno mental significa um ganho, à medida que este sentimento potencialmente gera movimentos de aprendizagem e não imobilidade. O fator gerador do medo, que se procura afastar, deve ser não a pessoa, mas o desconhecimento acerca dela. Postura observada na fala:

– Simplesmente teve uma vez que a mulher, isso já era outra doida que me encontrou na rua. Eu corri. Eu correndo e ela atrás de mim. Se eu soubesse como abordar, eu parava, mas [...]. Vocês estão entendendo? É complicado. Então eu acho interessante a gente saber como é essa abordagem, como a gente vai, se acontecer algum caso assim, como a gente

vai fazer? Qual o procedimento pra deixar ele mais calmo (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

Esse caminho não aponta apenas para o alívio do desconforto do profissional, mas principalmente para o sofrimento do usuário e sua família. Isso justifica que se destaque do texto acima a seguinte fala: – **Se eu soubesse como abordar, eu parava, mas [...]**, explicitando que o desconhecimento acerca do que fazer é que priva o doente do cuidado e não o simples ‘medo de doido’.

A vontade de poder manejar tecnologias de cuidado é um ponto fundamental para a produção pedagógica, conforme vemos em Freire (1996, p. 32), quando nos convida a pensar este desejo como matéria prima do fazer educativo crítico, da proteção contra os “irracionalismos”:

Como manifestação presente a experiência vital, a curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e reconstruída. Precisamente porque a promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípuas da prática educativa-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade crítica, insatisfeita, indócil. Curiosidade com que podemos nos defender de 'irracionalismos' decorrentes do ou produzidos por certo excesso de 'racionalidade' de nosso tempo altamente tecnologizado. E não vai nesta consideração nenhuma arrancada falsamente humanista de negação da tecnologia e da ciência. Pelo contrário, é consideração de quem, de um lado, não diviniza a tecnologia, mas, de outro,

não a diaboliza. De quem a olha ou mesmo a espreita de forma criticamente curiosa (grifos do autor).

Desenvolver tecnologias de “aproximação”

Essa categoria surgiu como um produto da demanda das Equipes de Saúde da Família por se responsabilizarem pelo usuário que sofre mentalmente; daí, a aprendizagem sobre as tecnologias de aproximação.

Uma das tecnologias foi o vínculo, entendido como um mecanismo de redirecionamento do modelo de atenção do profissional para as necessidades da população (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007), além de facilitador do desempenho de suas funções no ato de cuidar. No fragmento a seguir, pode-se perceber exemplo dos sentidos dados a essa demanda:

– Então, a dificuldade maior é essa: aproximar. Porque tem que ter um certo começo para a gente se aproximar daquela pessoa, até da família. Porque você não vai chegar na casa da pessoa do nada, mesmo sendo que aquela pessoa tem problema de saúde. Então, é aproximar mesmo (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

Essa aproximação, de acordo com os trechos de fala descritos a seguir, clama por alguma tecnologia de “chegar”. O que pode ser uma linguagem especial para estabelecer contato com a pessoa, uma maneira de se comportar.

– Mas em recursos humanos, aprender pelo menos a linguagem que eles usam, para a

gente entrar e ver como conseguem aprender. Aprender como lidar com eles, para ver o que se pode fazer. Aprender a linguagem. É isso (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Eu fico assim: como lidar com o doente mental? Às vezes a gente fica sem saber como chegar, como conversar, o que falar. Acho que são esses questionamentos (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

Nestas narrativas, a pessoa com transtorno mental é apresentada como um sujeito separado do contexto do profissional, alguém que tem uma linguagem própria. Esse sujeito parece ser identificado como pertencente a uma “tribo” com aspectos culturais próprios, enquadrado num leque de preconceitos ainda arraigados na sociedade. No entanto, ressaltamos que as posturas produzidas ainda garantem algum tipo de atenção aos usuários e suas famílias. Querer conhecer quem é e o que interessa ao outro, expressa um desejo de se tornar familiar a ele – o que gera cuidado. Ao contrário seria se o desejo fosse de tornar aquele que sofre em sua diferença em alguém que é familiar – o que gera violência.

Atuar como facilitadores da inclusão social

Essa categoria agrupa os sentidos de demanda por aprendizagem em saúde mental de Equipes de Saúde da Família, quando elas consideram a necessidade de saber como contribuir para a efetivação do processo de inclusão social de pessoas em sofrimento mental grave.

No trecho a seguir, pode-se constatar o “doente mental” sendo (res)significado como pessoa que deve estar ativamente no contexto social.

– Eu acho assim: como acompanhar esse paciente? Eu estou colocando, também, médicos, a equipe como um todo. Como a gente acompanhar esse paciente? Como a gente pode promover ou facilitar a reintegração desse doente mental à sociedade? (GRUPO 3, 2008, p. 1-15)

A pergunta que se evidencia é: o que preciso saber para fazer isto?

A inclusão social dessas pessoas tem se mostrado como uma ação extremamente complexa que não traz em seu questionamento respostas que podem ser construídas de maneira generalista. Exige espaços de discussão e formação que levem em conta, de forma crítica, os desejos de uma sociedade que pressiona para a normalização e para o enquadramento (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). A questão que se coloca é: incluir os loucos ou lutar contra a sua exclusão do meio social? São duas frentes de atuação que exigem investimentos em diversos setores.

Desenvolver habilidades de manejo frente ao usuário de álcool e outras drogas

Esta categoria temática surgiu de conteúdos emergentes das falas de todas as equipes de saúde da família investigadas. De acordo com Becker (1976) e Malheiro (2010), as Substâncias Psicoativas (SPA) trazem inúmeras consequências psicossociais aos

seus usuários, comerciantes e produtores, apontando para a necessidade da ESF atuar como importante agente mediador na minimização das consequências danosas. Contudo, falta qualificação profissional, apesar da boa vontade, para atuar na prevenção primária contra a dependência de SPA. Esse fato foi constatado nas falas das Equipes de Saúde da Família, como exemplificam os trechos:

- Alcoolismo que é da nossa labuta do dia a dia (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– E tem muito alcoólatra, a gente tem que saber lidar bem com essas pessoas. Quando você chega na casa e eles são muitos. Eles ficam naqueles grupinhos assim, tudo inchado (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

– E também o adolescente, ele já começa a beber muito cedo por falta de opção. Ele não tem nada na vida. Não teve oportunidade, às vezes a única opção é beber, então quando ele fica adulto ele fica com problema. Aí, o que é que a gente poderia trabalhar na adolescência para que ele achasse outra coisa que não fosse o álcool para preencher a vida? (GRUPO 3, 2008, p. 1-15)

Para Barros e Pillon (2006), há lacunas na produção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades dos profissionais da ESF em incluir na prática clínica a dependência química e as suas consequências. Por isso, chamamos a atenção para a necessidade emergente de intervir nesse problema e, também, sobre os aspectos a ele relacionados. O uso de termos

como “preencher a vida” de adolescentes nos leva a pensar em espaços de múltiplas aprendizagens, que atendam à demanda em tela e fomentem o desenvolvimento de projetos pautados no empreendedorismo social, no incentivo à leitura, no esporte e no lazer.

Assim, o atendimento a essa demanda envolve atividades de educação permanente, articuladas com profissionais de outros setores, dentre eles, educação, serviço social e turismo.

Desenvolver habilidades de apoio às famílias

Esta categoria considera a demanda de profissionais por conhecimentos para contribuir com a produção de cuidado desenvolvida por familiares de pessoas em sofrimento mental, um grupo que é tanto mediador quanto carente da produção de saúde na ESF:

– Pode ser mais [conhecimento] do problema mental e, também, [sobre] como lidar com as famílias. Por quê? Como falei do rapaz que desestrutura a mãe. Ela fica nervosa e estressada e falou na vista dele em matar ou morrer. Ele falou assim: – Deus me livre mãe, eu fazer isso com minha mãe, quem faz isso? Aí, quer dizer, ele é agressivo porque tem um problema, e ela por causa do problema dele [...] Ele come demais e ela fica nervosa, ele não quer trabalhar, não quer ajudar o padastro. Então, precisa saber como lidar, também, com a família (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Essa fala traz situações do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da família, nas quais

a família precisa ser acolhida em aspectos que desafiam a capacidade resolutive da ESF. Parte daí e de outros problemas, como o uso de álcool e outras drogas, a demanda pelo conhecimento dos dispositivos da rede social para auxiliar a família.

As necessidades, quando se trata da família, são diversas. Algumas estão, por vezes, num processo de adoecimento mais crítico que o indivíduo que é apontado como “paciente”. Podemos constatar isso nos trechos a seguir:

– Eu tenho lá, há poucos meses, um rapaz com 21 anos. E ele começou com problemas de distúrbios mentais e isso foi trazendo transtorno pra própria família. E está sendo mesmo um caos, um caos mesmo [...]. O que pode fazer? Tem hora que eu olho assim pra eles, quem tá bom de tomar remédio também é vocês (os familiares) (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Na verdade, a família também não quer dar a medicação, se negando. Precisa de orientação para pai e mãe (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Historicamente, a família era colocada à parte no tratamento, já que este ocorria no hospital psiquiátrico. Ter o doente no seio da família é uma situação nova para todos estes atores; somado a isto, há a crença na culpa da família pelo adoecimento (NAVARINI; HIRDES, 2008) presente, também, em reflexões que surgiram com os profissionais, como: “É genético?”, “Dizem que é genético”, ao se referirem ao sofrimento mental.

Em outra situação, questiona-se sobre quem é a família, quando esta não é conhecida: “O que fazer, então?”.

– Aí, nesses casos eu fico assim, sem saber. Fui em A. (cidade) na casa do sobrinho dele, conversei. Ele disse: – Não, não vou acompanhar não, porque depois quando sair de lá, querem colocar dentro da minha casa, e eu não quero. Fui em C. (outra cidade) atrás do irmão por parte de pai. Não quis também. Aí... (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Ficou a gente de pés e mãos atadas, sem saber. Porque a família que era quem conhecia, não queria (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Esta situação revela o nível de afastamento que pode ocorrer entre a família e o louco. As pessoas precisam saber lidar com comportamentos que fogem ao padrão e com as características com as quais os grupos familiares se configuraram enquanto atividades meio e também atividades fim do cuidado dos profissionais de saúde (NAVARINI; HIRDES, 2008).

No sentido contrário, parece ocorrer uma reação em cadeia: o profissional não sabe como lidar, a família não sabe como lidar e a pessoa “doente” acaba por não ser atendida em suas necessidades. Em consequência, surgem os riscos dos posicionamentos de imobilidade e/ou desresponsabilização, diante do abandono da família, em que parece ser justificável o abandono pela equipe.

É urgente, então, que a família seja copartícipe dos processos de educação em saúde na atenção básica, como sugerem as falas a seguir:

– Então eu acho que o processo tem que ser contínuo. Treinamento tem que ser com a equipe toda (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– Agora com a equipe, mas também com o cuidador. Acho que fazer um grupo de cuidadores (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– Trabalhar com a família (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

Essas questões esclarecem a demanda por ações pedagógicas que auxiliem os trabalhadores de saúde na abordagem clínica às famílias, sejam elas inscritas nos laços de consanguinidade, ou de afetividade, em seus vários aspectos de saúde e de adoecimento mental.

Receber cuidados que promovam a saúde mental e o bem-estar, desenvolvendo o cuidar de si para cuidar de outros

A categoria refere-se à demanda dos profissionais de saúde da família por conhecerem a si mesmos e de terem atendidas suas próprias necessidades de saúde mental, um pré-requisito para a produção de atos cuidadores ao outro que sofre.

Os repertórios que dão sentidos a essa demanda expressam um olhar para si, anterior ao olhar para o outro: “Conhecer sobre nós mesmos”, uma necessidade que surge nas falas de todas as equipes investigadas: “Nós precisamos ser tratados primeiro”. O conhecimento dos seus limites (e as formas de amenizar sofrimentos) é explicado como um pré-requisito para a prestação de cuidado à comunidade, exemplificado

na fala: “Conhecimento sobre nós mesmos. Nos trabalhar. Temos que nos preparar para lidar com saúde mental” (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Vê-se, nesta fala, um exemplo de que a inserção da saúde mental (assim como dos processos de educação permanente na área) deve ser orientada para as necessidades da equipe, fomentando o suporte instrumental que signifique cuidados com esses profissionais.

Algumas considerações

As demandas por conhecimento em saúde mental, produzidas nesta obra, partem de uma relação de convívio entre os profissionais de saúde da família e a comunidade. Refletem processos sociais complexos, dentre eles, a cultura manicomial e as angústias geradoras do sentimento de “não saber”, frente aos problemas da área.

De certa forma, a expressão de angústia, do medo, da vontade de saber e de desconforto das equipes pareceu-nos um ganho quanto aos questionamentos e movimentos produzidos para a resolução dos problemas.

Assim, os temas e as dúvidas produzidas/levantadas indicam a importância do planejamento e do desenvolvimento de ações de ensino e aprendizagem em saúde mental, fundamentadas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.

As demandas aqui explicitadas poderão ser um ponto de partida na (re)orientação dessas ações, com indicativos de lacunas como também de recursos para esse processo. Valorizam, pois, o conhecimento que se constrói no cotidiano para os processos de compartilhamentos de saberes e de práticas em saúde mental.

Assim, esta produção pode ser captada e compartilhada por níveis hierárquicos de decisão que beneficiem, por meio da qualificação permanente em saúde mental, uma parcela maior da população trabalhadora e usuária dos serviços de saúde na Bahia e em outros estados do Brasil.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 144-149, jul. dez. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_1/sumario.htm>. Acesso em: 2 out. 2013.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BECKER, H. Consciência, poder e efeito da droga. In: _____. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 6-10, out. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004- fev. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

GRUPO 1. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Jequié: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-21. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 2. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [ago. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-20. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 3. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [abr. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Vitória da Conquista: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-15. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 4. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:

grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Feira de Santana: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-13. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 5. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:

grupo de discussão [maio 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-11. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 6. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:

grupo de discussão [novembro 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

MALHEIRO, L. S. B. **Sacizeiro, usuário e patrão:** um estudo etnográfico sobre consumidores de *crack* no Centro Histórico de Salvador. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Antropologia)– Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MIASSO, A. I.; afetivo CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Estratégias adotadas por pessoas com transtorno bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 240- 248, out./dez. 2007.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revisita Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, jun. 2009.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. **Cogitare Enfermagem**, Recife, v. 9, n. 1, p. 84-93, 2004. Semestral.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, jul./dez. 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J. ; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-84, out. 2007.

RIBEIRO, C. S. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 125, n. 5, p. 270-274, set. 2007.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, G. A. **Atuação dos profissionais da rede especializada em Saúde Mental de Goiânia – GO**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2010.

SOUZA, R. C. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos.** 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VALENTINI, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 523-528, ago. 2004.