

## Capítulo 6

Estratégias metodológicas para a construção da aprendizagem em saúde mental

Viviane dos Santos Souza  
George Amaral Santos  
Laura Regia Oliveira Cordeiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, VS., SANTOS, GA., and CORDEIRO, LRO. Estratégias metodológicas para a construção da aprendizagem em saúde mental. In: SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 155-180. 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 6

---

## **ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A CONSTRUÇÃO DA APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL**

*Viviane dos Santos Souza  
George Amaral Santos  
Laura Regia Oliveira Cordeiro*

O contexto de mudança paradigmática na atenção em saúde mental traz consigo a necessidade de se buscar novas estratégias metodológicas e/ou pedagógicas para a construção do processo de ensino/aprendizagem comprometido com os princípios da atenção psicossocial e do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, tal processo pressupõe certa desterritorialização dos profissionais da área, que deve refletir em mudança nas práticas e, conseqüentemente, nos saberes que direcionam os fazeres no cotidiano.

Vale salientar que a construção de saberes e práticas com potencial de transformação não é tarefa fácil, pois exige uma desconstrução do paradigma psiquiátrico, o qual ainda influencia a permanência de costumes manicomial por tratar-se de uma construção socio-histórica. Dessa maneira, entendemos que a reforma da atenção em saúde mental implica uma nova construção social acerca das questões relacionadas ao processo saúde-adoecimento mental. Acreditamos que o seu paradigma será consolidado através dos processos de ensino e aprendizagem construídos nas relações entre docentes, discentes, profissionais, usuários dos serviços, familiares e sociedade em geral. Decorre disso a necessidade de se investir também em estratégias metodológicas e/ou pedagógicas com potencial de transformação social.

Nessa perspectiva, corroboramos com Amarante (1999), no sentido de que o desafio de instituir movimentos impulsionadores de mudanças deve abranger pelo menos três dimensões, descritas por ele como campos fundamentais da reforma da atenção

em saúde mental, a saber: (i) **campo teórico-conceitual**, que envolve a desconstrução de conceitos e concepções fundantes da psiquiatria e reconstrução de saberes pautados no paradigma da saúde mental; (ii) **campo técnico-assistencial**, a partir de e simultaneamente à reconstrução dos saberes, a construção de uma rede de novos serviços e não apenas isso, mas espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional; (iii) **campo sociocultural**, associado aos movimentos anteriores, pressupõe transformar o imaginário social em relação à loucura.

Nesta perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como espaço propício para a construção de conhecimento em saúde mental e para experimentação de práticas inovadoras nesse campo de atenção/cuidado. Ao considerar a indissociabilidade entre teoria e prática, é notório que a construção de saberes ocorre de forma concomitante à produção do cuidado, no fazer cotidiano dos profissionais da ESF, o que implica no próprio processo de trabalho e na valorização de suas experiências e vivências no território, produzindo, assim, aprendizagem significativa através da educação permanente em saúde.

Acreditamos que a pesquisa se caracteriza como um dispositivo para a construção de conhecimento acerca das estratégias facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem em saúde mental, que possam atender às demandas das equipes de saúde da família e às necessidades de cuidado da população. Como refere um profissional de uma das Equipes de Saúde da Família:

– Hoje está acontecendo a coleta de dados, que vocês vão analisar. Esperamos que na próxima visita, vocês venham com oficinas, dinâmicas, algo que nos ensine como lidar com essas pessoas (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Nesta perspectiva, o presente capítulo abordará as formas de ensino e aprendizagem construídas pelas Equipes de Saúde da Família, analisando-as com vistas aos seguintes aspectos: *i*) a aprendizagem significativa como pressuposto pedagógico da educação permanente em saúde; *ii*) o desconforto que emerge do cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental como força propulsora da produção pedagógica nessa área; *iii*) o apoio matricial como estratégia educativa para a democratização do conhecimento.

Sendo assim, objetivamos indicar as estratégias apontadas por essas equipes. A presença de especialistas e a existência de práticas que possam compor tarefas e características do cuidado são descritas como facilitadores para que os profissionais construam suas experiências. As estratégias envolvem situações compartilhadas entre atores sociais em torno do alcance dos objetivos da reforma da atenção em saúde mental.

### **O desconforto como força propulsora da produção pedagógica: o (re)fazer cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental**

A construção do conhecimento surge da necessidade de resolução de problemas que se apresentam no cotidiano pessoal. Não é um processo automático, requer um investimento ativo e cooperativo entre os

indivíduos que se relacionam num contexto de necessidades, que são a essência do problema, e problematizar o problema é a essência da construção do conhecimento (GERGEN, 2009).

A reforma psiquiátrica brasileira coloca o cuidado em saúde mental como incumbência dos serviços de base territorial e comunitária, o que em nossa realidade traduz-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dentre outros. Importa-nos o fato de que destes serviços, o de maior penetração no território, e com maior contato com o problema em que se constitui o adoecimento mental, é a ESF, uma vez que lida, cotidianamente, com famílias que convivem com algum processo desse adoecimento mesmo que nem sempre tenha condições de dar conta desta tarefa (BRASIL, 2005).

Observa-se este aspecto nas falas das equipes da ESF, a seguir:

– Outras doenças que a gente já convive no dia a dia, a gente tem um treinamento. Eu acho que a saúde mental também deveria ter (GRUPO 2, 2008, p. 1-21).

– Eu acho que a convivência com a situação é o que te faz aprender de verdade. Eu acho que o suporte teórico, em relação a isso, é você ter uma abordagem do paciente como um todo e não ver ele isolado. Ele está aqui dentro de uma família. Então, o Programa de Saúde da Família, médicos, enfermeiros, vão estar lidando com a família, vão estar lidando

com o paciente. Ele tem que ser visto como um todo. E não pode estar dando o suporte só de abordagem da doença. Tem que ver o aspecto emocional. Essa é uma abordagem que é indispensável pra você estar percebendo o doente, escutando o doente. Eu acho que esse tipo de abordagem tem que ter. Tem que ter o suporte da área de psiquiatria, da área de psicologia e da família. É o dia a dia, você ter conhecimento dos problemas que você vai lidar (GRUPO 2, 2008, p. 1-21).

Deparar-se com uma família que convive com o adoecimento mental provoca nos profissionais uma diversidade de posturas, em sua maioria, objetivando solucionar algo que se apresenta como problemático, seja para as famílias, seja para o próprio trabalho destes sujeitos. Quando mencionamos a necessidade de solucionar algo no processo de trabalho, nos referimos ao desconforto que as situações-problema provocam nos trabalhadores em função deles não saberem a maneira mais adequada/resolutiva de lidar com a situação.

Este desejo de saber reclama ser agregado, de forma ativa e cooperada, ao processo de construção de conhecimento em saúde mental. É este desconforto que se apresenta nas situações de encontro entre profissional e sujeito/família em sofrimento que precisa encontrar ressonância nas discussões das equipes. O valor heurístico das situações do cotidiano de trabalho está em debruçar-se sobre elas, refletir sobre o problema, discutir as intervenções, ou seja, criar espaços para externar as tensões e afetamentos para que se tornem, de modo real, substrato para a produção de conhecimento.

O risco está no fato deste desconforto tornar-se fator de paralisia das ações de cuidado e permanência dos trabalhadores na condição de insipientes, à medida que, inertes, permaneçam sob a apresentação de profissionais com medo do louco, com raiva do louco, com juízo de valor sobre seus atos, e insensíveis à condição de sofrimento mental, adoecendo, por não conseguir acolher as demandas que lhes chegam, dentre outras posturas disfuncionais para a produção de cuidado em saúde mental.

Desta forma, torna-se premente que as práticas em saúde sejam tomadas como referência para a elaboração de projetos educativos (PAIM, 2006), de modo que estes reflitam as dimensões objetivas da atenção em saúde mental.

A complexidade deste campo, permeado por lógicas distintas de modelos de atenção que se enfrentam num contexto de constantes disputas políticas e paradigmáticas, precisa encontrar respaldo nos modos de pensar os processos educativos na atenção básica à saúde. A educação, além de um ato de conhecimento, nesse sentido, assume-se como um ato político (SANTOS, 2005) voltado para a transformação social, que “ilumina” a realidade no contexto do desenvolvimento do trabalho intelectual.

Ceccim (2005, p. 167), tratando sobre a Educação Permanente em Saúde, reforça a ideia de que a produção de conhecimento advém dos abalos provocados nos profissionais pelo cotidiano de trabalho:

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas,



em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso 'ser sujeito', colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais (grifo do autor).

Em concordância, Merhy (2005, p. 173) escreve que:

E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente.

Estes autores chamam a atenção para que os afetamentos e abalos que ocorrem durante a produção de cuidado sejam colocados em evidência e que, com isso, impulsionem um movimento de aprendizagem significativa e o conseqüente fazer criativo das instituições, de forma que os processos de trabalho sejam plásticos e condizentes com a realidade que se apresenta diariamente. Nota-se que não se dissocia a produção intelectual do trabalho em saúde, de sorte que um produz o outro num processo dinâmico e relacional.

O desafio para a produção intelectual do SUS está em fazer com que, a partir dos desconfortos dos trabalhadores na assistência, efetivem-se processos de educação permanente (BRASIL, 2004) que produzam inovações e mudanças nos serviços e nas práticas cotidianas do cuidado em saúde.

## **A aprendizagem significativa como um pressuposto pedagógico da educação permanente em saúde**

A Aprendizagem Significativa (AS) é definida por Ausubel (1982) como o processo em que o aprendiz, ao entrar em contato com um conhecimento novo, relaciona-o de forma substantiva e não arbitrária a conceitos relevantes que já fazem parte de sua estrutura cognitiva. Esses últimos são chamados de conceitos subsunçores (ou conceitos âncora).

Dessa forma, o saber prévio do sujeito é a tônica do processo, implicando numa aprendizagem transbordante de realidade e impregnada de sentido.

Esse processo pedagógico, imbuído da realidade cotidiana de quem se dispõe a aprender, é o pressuposto primeiro da Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo esta definida como processo educativo que ocorre no trabalho, a partir do contexto real das práticas sociais e laborais, modificando-as e ampliando a capacidade reflexiva das equipes e organizações (BRASIL, 2009).

A necessidade de uma educação permanente em saúde mental que vincule o conhecimento teórico às atividades práticas no território, pensando-as enquanto unidades indissociáveis, está explicitada nas falas de alguns profissionais da ESF:

- No caso de saúde mental, que vai abordar o lado psicológico, poderia ser também em módulos, assim: 1º a abordagem e a gente iria para a área tentar ver; 2º o treinamento, a gente poderia adquirir o conhecimento e levar pra

prática. Porque quando nós nos juntarmos, creio que a experiência seria mais (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

– De forma conjunta, de forma sistemática e com discussões teóricas e todo mundo junto (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Aula inicial teórica, mas com prática (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– Mas a aprendizagem tem que ter prática junto com a gente (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

As falas desses sujeitos referem-se, ainda, ao desejo de inclusão dos familiares e cuidadores no processo de aprendizagem:

– Treinamento tem que ser constante com a equipe toda (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– Agora com a equipe e 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).

Ausubel (1982) ainda estabelece condições básicas para que a Aprendizagem Significativa ocorra. A primeira delas é que o sujeito queira aprender. Viu-se, anteriormente, que os afetamentos pela realidade do trabalho são condição *sine qua non* para que a produção pedagógica se processe. Percebemos que os profissionais da ESF têm o desejo de saber lidar com o adoecimento mental, de abordar o sujeito em sofrimento,

de auxiliar a família que convive com essa realidade, enfim, um desejo de conhecer, originado diretamente das problemáticas que se apresentam no território de trabalho das equipes.

Pode-se, então, dizer que os enfrentamentos cotidianos, potencialmente, criam terreno fértil para a Aprendizagem Significativa, à medida que promovem incômodos nos sujeitos e que, também potencialmente, os impelem a um movimento de busca ativa pelo aprendizado.

Cabe reafirmar que o sujeito, diante do medo por não saber, pode, em um movimento contrário à aprendizagem, paralisar-se ou afastar-se do problema apresentado em seu cotidiano de trabalho. Este engessamento também é prática não muito rara em nossos serviços de saúde, quando diante das faltas, a resolução do problema é posta em um *stand by* desresponsabilizado. Quando falamos em medo, fazemo-no conforme Bauman (2008), nos referindo ao sentimento diante daquilo que traz o sofrimento humano, como outra forma de nomear a insegurança, o incerto, o que foge ao controle.

Dessa forma, o conhecimento em saúde mental adquire o sentido de abrandamento do desconforto e, por isso, constitui-se como demanda importante durante a produção do cuidado. Neste sentido, os profissionais ressaltam, ainda, a necessidade de terem suporte instrumental e psicológico, bem como momentos de dispersão durante o processo de aprendizagem, como forma de aliviar as tensões e possibilitar momentos prazerosos:

- Como as meninas colocaram aí, que tivesse um psicólogo. Muitas vezes ele poderia não assistir a todos. Mas ele poderia orientar os profissionais (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).
- Agora acho que deveria ser extra-muro. Fora daqui. Como a gente fez o treinamento do PSF. Poderia ser um ou dois dias fora. Até integrando o grupo também, a gente. Poderia ser feito fora do serviço (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).
- Nós fizemos um treinamento de PSF. Foi uma semana, teve várias atividades lúdicas, e a parte teórica. Foi muito bom e integrou também a equipe (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

A segunda condição básica para que ocorra a Aprendizagem Significativa é que o conceito a ser aprendido seja lógico e psicologicamente significativo (AUSUBEL, 1982). Lógico, em relação à natureza do conceito a ser descoberto e psicologicamente significativo no que diz respeito à idiosincrasia das estruturas cognitivas dos sujeitos. É nesta dimensão que cada aprendente percebe e relaciona de maneira própria os conceitos novos que se apresentam. Os conceitos âncora, a partir da problematização das situações, serão buscados ou emergirão de formas preponderantemente peculiares para, dessa maneira, interagirem com os novos conceitos e implicarem em outras possibilidades de conhecimento.

Em relação à aprendizagem teórico-conceitual, os profissionais trouxeram como demanda a necessidade de acesso a recursos e materiais didáticos sobre saúde mental, conforme as falas:

- É, com materiais didáticos (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).
- Sobre o assunto, apostilas, livros (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).
- Quando for falar de alcoolismo, trazer o material de alcoolismo. Quando for falar sobre como lidar com a família do doente portador de doença mental, trazer algum material didático sobre o assunto que for abordado (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Na última fala, percebemos que o texto – o material didático – surge como recurso para a produção de diálogos, quando a participante diz: “quando for falar...”. Logo, favorece a (re) construção conceitual acerca dos temas abordados, considerando que todo *texto* se insere em um *contexto*. Isso possibilita a vinculação do conhecimento às experiências dos atores envolvidos, expressas nas falas que perpassam às discussões teóricas e que subsidiam o processo de ressignificação presente no diálogo.

Considera-se, portanto, que os processos educativos pautados na EPS devem sempre partir de uma produção heterogênea de cuidado, ou seja, de um processo de produção idiossincrático, no qual os afetamentos são sentidos em escalas variáveis (CECCIM, 2005; FERREIRA et al., 2009). Nisto vê-se a grande relevância do processo de aprendizagem avocar para si os aspectos singulares de cada contexto de trabalho.

Como pressupostos que se articulam à EPS, temos o trabalho de Paulo Freire por, dentre outras razões, referir-se à educação de adultos e por remeter

a um pensamento dialógico, dialético e relacional. Trazendo uma abordagem sociocultural do processo educativo, Freire (1982) o define como uma leitura interacionista entre o sujeito e o objeto do conhecimento, na qual o sujeito assume o papel de elaborador do conhecimento. Ressalta, ainda, a necessidade de, na leitura do texto (conceito lógico), explicitar-se o contexto (a realidade do leitor ou sua leitura de mundo) e que, a partir dele, relacionem-se texto e leitor para a produção de um novo texto. Desta forma, a educação configura-se, além de um ato de saber, como um ato político (SANTOS, 2005).

Como princípios metodológicos, Freire (1996) traz, ainda, o respeito pelo saber do educando e a conquista da autonomia. Para isto, toma como ponto de partida a cultura do indivíduo, no sentido de ampliar sua leitura de mundo, apontando para a compreensão de si enquanto protagonista da história.

Segundo o autor (1996), quando homens e mulheres se percebem “fazedores de cultura”, está vencido o primeiro passo da sua alfabetização política. E, nesta direção, é inevitável a tomada de posição frente ao seu contexto de vida, com suas problemáticas e desafios impostos, fomentando, assim, a existência de um forte conteúdo ideológico na construção de conhecimento.

Essa pedagogia, que vai de encontro à incorporação do conhecimento e ao modo bancário de educação, onde o educando é assumido como depositário de conhecimentos, possibilita a construção de conceitos que tenham significado no cotidiano de vida dos sujeitos.

Isto significa, portanto, libertar-se de um conhecimento hegemônico e opressor, que gera a passividade diante dos problemas da vida, para dar lugar à modificação ativa da realidade, em um movimento de observação-reflexão-readmiração-ação (FREIRE, 1982).

Estes pressupostos pedagógicos, assumidos pela EPS, vêm apontar caminhos que promovam o “nascimento” de trabalhadores capazes de superar o modelo manicomial (BRASIL, 2005; PATTO, 1999), e que respondam à demanda por pessoal qualificado para protagonizar a implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2006).

Pôde-se verificar, através dos discursos das equipes da ESF participantes da pesquisa, que as propostas metodológicas para o processo educativo em saúde mental apontam para a necessidade de se efetivar a Política Nacional de Educação Permanente, no que diz respeito ao desenvolvimento dos profissionais do SUS, através de estratégias inseridas na realidade concreta do trabalho. Para tanto, deve-se transformar, além do modo de educandos e conceitos se relacionarem, o *setting* onde ocorre a aprendizagem. Emerge a necessidade de tornar mais plásticos os espaços de educação, para além dos Polos de Educação Permanente, salas de aula e módulos de Educação a Distância. Educandos, educadores e situações-problema precisam, portanto, habitar os territórios de atuação da Estratégia de Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossocial.



## **O apoio matricial como estratégia educativa para a democratização do conhecimento acerca da saúde mental**

O apoio matricial pode ser entendido com um arranjo institucional que visa promover interlocução entre equipes especializadas e equipes da atenção básica, na perspectiva de oferecer suporte técnico e pedagógico, bem como favorecer a organização de serviços e processos de trabalho através da democratização do conhecimento especializado (GOMES, 2006).

Desse modo, o matriciamento tem como estratégias a interação com as equipes da atenção básica em seu território e o estabelecimento de iniciativas conjuntas para o levantamento de dados sobre os processos de saúde-doença no contexto local. Isso também implica em atender conjuntamente as situações complexas, com o estabelecimento de suporte pedagógico para a construção do conhecimento em saúde mental a partir das práticas desenvolvidas.

No que se refere ao suporte especializado em saúde mental, as Equipes de Saúde da Família enfatizam a importância desse tipo de apoio no processo de construção de saberes e práticas, como se observa nas falas que se seguem:

- Uma orientação conjunta e discussões de casos clínicos [...] e estratégias com a comunidade, mas de forma atuante (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).
- Junto com a gente para não ficarmos sobrecarregados (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Eu acho que treinamentos num processo contínuo, essa questão da integração como setor responsável pela doença mental é importantíssimo. [...] A gente tem um novo olhar. Então, eu acho que o processo tem que ser contínuo (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Eu acho que deve ter um profissional dentro do posto, que viesse para o posto para estar ajudando a gente com todos os problemas. Aqui, a gente não tem onde levar e com uma pessoa aqui dentro, tendo um contato direto com o CAPS, seria melhor. Ele vem formar essa parceria (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– Reunia toda equipe e depois mostrava o que fazer, como acompanhar visita; um quadro de depressão e como abordar (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– E o melhor momento com exemplos e atendendo junto com a gente (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Através de palestras de profissionais, do órgão responsável pela saúde para dar esse treinamento, para dar essas palestras. Só em ter pessoas que possam esclarecer pra gente algumas coisas (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– O profissional junto com a gente orientando oficinas e como abordar. Não só aula (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Palestras de apoio à família, nos casos de drogas, nos casos de violência. Como intervir? Eu acho que as meninas precisam desse auxílio para abordagem (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

Para dar sustentação a essa perspectiva de ajuda, o Ministério da Saúde determinou, através da Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por uma equipe multiprofissional com o objetivo de fornecer sustentáculo técnico-pedagógico e compartilhar com a ESF a produção de cuidado em áreas específicas da saúde, de forma a instrumentalizar suas equipes para o atendimento às necessidades de cuidado das famílias de seu território, assumindo, assim, uma postura de corresponsabilização.

Contudo, os NASF ainda se encontram em processo de implantação e, nesta perspectiva, não se configuram como uma realidade em alguns municípios que compuseram o cenário da pesquisa, como expresso na seguinte fala:

– Eu fiquei sabendo que os NASF que estão sendo criados têm todas as profissões que a população precisa, mas acho que na equipe poderia introduzir um assistente social, psicólogo, terapeuta que seriam figuras importantíssimas. Mas enquanto isso não ocorre a gente vai fazendo e aprende a fazer as coisas nas práticas, erra nas práticas e a partir das vivências que nós tivemos, a gente sistematiza no dia a dia (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Apesar de o profissional enfatizar a importância do NASF, ele reforça a ideia de que o processo ensino-aprendizagem é construído no fazer cotidiano dessas equipes, através da valorização dos conhecimentos advindos das experiências prévias desses

especialistas. Percebe-se, assim, que toda prática comporta um saber e que mesmo os erros podem ser propulsores de aprendizagem e favorecedores de processos de mudanças.

A problematização das dificuldades e falhas percebidas pelos profissionais no processo de produção de cuidado em saúde mental os desperta para a reflexão sobre suas práticas. Tais reflexões possuem potencial para mobilizar o pessoal da ESF em busca de suporte especializado. Essa articulação entre a atenção básica e os serviços especiais é fundamental para a efetivação dos princípios da reforma da atenção em saúde mental, entendendo que os trabalhadores da atenção básica ocupam um lugar estratégico no desenvolvimento das ações de prevenção, promoção, reabilitação psicossocial e vigilância.

O matriciamento na saúde mental rompe com a especialização verticalizada, democratiza o conhecimento, e compartilha a responsabilidade pela atenção. Assim, favorece a construção de conhecimento na área através da criação de espaços de encontros que potencializam a circulação de saberes e auxiliam as equipes para a implementação da clínica ampliada. Neste contexto, deve atuar na perspectiva de trazer a atenção à saúde mental para o cenário comunitário, evitando encaminhamentos desnecessários para os serviços de maior complexidade.

O processo de matriciamento volta-se, portanto, para a democratização do conhecimento especializado no espaço coletivo, sendo que as metodologias implementadas devem estar de acordo com a necessidade de todos os atores envolvidos.

Nesta pesquisa, as equipes de saúde da família indicaram algumas estratégias de aprendizagem em saúde mental, sendo que a maioria envolve o suporte especializado como favorecedor do processo de construção do conhecimento nessa área de atuação, dentre elas destacam-se: capacitações com utilização de metodologias participativas de ensino; abordagens que traduzam o cotidiano de trabalho em conhecimento; cursos teórico-práticos; desenvolvimento de grupos de trabalho com familiares e cuidadores; e suporte instrumental e psicológico aos profissionais da ESF.

Além do exposto, o apoio matricial proporciona a atuação interdisciplinar no atendimento às demandas de cuidado, rompendo com a lógica da referência e contrarreferência que gera desresponsabilização dos trabalhadores nesse contexto de atuação.

O processo de implantação desta estratégia passa uma gama de entraves que precisam ser superados para que possam estabelecer ações eficientes e promover atenção à saúde com qualidade. Dentre os entraves a serem superados, alguns estudos apontam a falta de preparo prévio das equipes apoiadoras para atuação como facilitadoras do processo de aprendizagem das equipes de referência que, em função disso, acabam atuando como recursos humanos substitutivos das falhas na rede. Desta forma, é interessante refletir sobre a necessidade de transposição da formação do trabalhador em saúde especializado para um trabalhador coletivo que possibilite espaços de trocas no serviço e se comprometa com as mudan-

ças na atenção à saúde (BEZERRA; DIMENSTIEN, 2008).

Esse processo recente de implementação do apoio matricial já tem mostrado resultados positivos na atuação conjunta com profissionais da área e comunidade, configurando-se como uma demanda das equipes da ESF e também como estratégia metodológica para a construção da aprendizagem e inclusão da atenção em saúde mental.

Ao lado desse fato, lembramos, aqui, que o objetivo central do processo ensino-aprendizagem em saúde mental deve ser a (re) construção de práticas de cuidado que possibilitem a reabilitação, o social, o resgate da cidadania e a atenção integral à saúde das pessoas e famílias em sofrimento mental.

## Referências

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 1982.

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

BEZERRA, E.; DIMENSTIEN, M. O CAPS e o trabalho em rede: tecendo apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Quadrimestral.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 32, 16 fev. 2004 Seção I, p... Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 17 maio 2011.

\_\_\_\_\_. 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. OPAS. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

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.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

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

**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: Josenai-de 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.

GERGEN, K. J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 299-325, 2009. Semestral.

GOMES, V. G. **Apoio matricial:** estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Universidade Estadual de Campinas, 2006. (mimeografado).

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004-fev. 2005.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI:** atenção à saúde no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2006.

PATTO, M. H. S. Formação profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. (org.). **Fim de século:** ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999.

SANTOS, R. V. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. **Revista Integração Ensino-Pesquisa-Extensão**, São Paulo, ano 11, n. 40, p. 19-31, jan.-fev.-mar. 2005.