

Capítulo 7

Experiências de ensino/aprendizagem como produto da pesquisa em saúde mental e saúde da família

Rozemere Cardoso de Souza
Josenaide Engracia dos Santos
Viviane dos Santos Souza
Nairan Morais Caldas

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, RC., *et al.* Experiências de ensino/aprendizagem como produto da pesquisa 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. 181-216. 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 7

EXPERIÊNCIAS DE ENSINO/ APRENDIZAGEM COMO PRODUTO DA PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

*Rozemere Cardoso de Souza
Josenaide Engracia dos Santos
Viviane dos Santos Souza
Nairan Morais Caldas*

Pesquisar sobre a saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da escuta de pessoas com história de sofrimento psíquico e, especialmente, de equipes que atuam na Estratégia desde o princípio, produziu, nestes autores, inquietações impulsionadoras de atitudes proativas em direção ao ensino/aprendizagem em saúde mental, um processo visto a partir do compartilhamento de saberes e de práticas.

Em cada questão de pesquisa um convite, imediato, ao participante a refletir sobre a saúde mental, um ato da fala e, por que não dizer, de práticas sociais que se construíam a partir de vozes comuns a todas as equipes de saúde da família investigadas e, também, de vozes peculiares ao momento e cenário vividos por elas, na produção do cuidado. Embora com uma linguagem marcada pelo sofrimento psíquico das equipes, tanto em relação à população assistida quanto a si mesma, essa mesma linguagem produziu momentos de escuta, de descobertas de recursos e de construção de contratos, como pode ser visto ao longo desta obra.

Como resultado dessa trajetória, este capítulo enfatiza processos de ensino/aprendizagem envolvendo Equipes de Saúde da Família, além de estudantes em processo de formação e outros profissionais em serviço.

As experiências de aprendizagem

A aprendizagem na Graduação

A primeira experiência de ensino em saúde mental em território de abrangência da ESF ocorreu

durante a disciplina Prática de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc), no ano de 2001, motivada pela pesquisa sobre qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas. Essa vivência envolveu o uso de dispositivos como a visita domiciliar, a escuta terapêutica, as práticas de integração e lazer (caminhada pela praia), reunião de equipe e ações educativas em sala de espera e em outros espaços da comunidade como, por exemplo, as igrejas. As ações eram voltadas para toda a população adscrita da Unidade de Saúde da Família (USF), incluindo também as pessoas com transtornos mentais, assistidas no domicílio pelos estudantes em companhia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em uma das caminhadas, registrou-se a surpresa de um ACS, ao ver a participação de uma jovem que, até então, vivia apenas em um quarto de condições precárias e separado da estrutura da casa de seus familiares. Aos poucos, através da intervenção de estudantes e da própria equipe da ESF, a jovem ocupava os espaços internos e externos da casa, passando a ser vista pelos vizinhos. Além disso, ela passou a circular em outros espaços sociais, ampliando trocas na comunidade onde vivia.

Em cada contato ou visita domiciliar, nascia um novo olhar sobre a saúde mental e a desconstrução do medo relacionado à loucura referido pelos estudantes e pelos próprios agentes comunitários de saúde. Dessa experiência, abriram-se rodas para a compreensão a partir do contato e do convite a outros (secretaria de saúde, secretaria de assistência social, igrejas) a interferirem sobre o processo saúde/doença mental.

*O Projeto de Extensão Universitária Integrando a
Saúde Mental e a Saúde da Família*

O projeto foi criado no ano de 2005, na forma de ação permanente, e vincula-se ao Departamento de Ciências da Saúde da Uesc. Propõe-se a intervir sobre as demandas e as necessidades de saúde mental identificadas na população de abrangência da ESF, incluindo os trabalhadores de saúde como sujeitos. De caráter interdisciplinar, valoriza a participação e a produção de diálogos entre profissionais e estudantes da graduação de diferentes categorias, como Educação Física, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Pedagogia, Enfermagem e Biomedicina.

Dos dispositivos de aprendizagem utilizados no projeto, destacam-se: a formação de grupos de estudo acerca de temas em saúde mental, com encontros semanais e participação de, no máximo, 12 pessoas/grupo, a fim de favorecer a participação nas discussões coletivas; grupo de apoio para pessoas em sofrimento psíquico no território; visitas domiciliares para os casos considerados graves pelos agentes comunitários de saúde; grupo terapêutico para profissionais de uma equipe da ESF; ações de respeito à subjetividade dos trabalhadores no desenvolvimento das etapas do projeto.

Durante o intercâmbio entre as pessoas, tanto na ação de extensão quanto nas pesquisas associadas ao tema, temos visto que cada equipe, frente às condições de trabalho, aos riscos do cotidiano, e/ou ao enraizamento da cultura manicomial, tem tempos diferentes para a inserção do cuidado em saúde mental no território. Algumas equipes demandam ser cuidadas ou

“preparadas” para depois cuidar, como um “solo” que precisa ser trabalhado para depois receber a “semente”. Temos construído, nas diversas oportunidades de aproximações com as equipes, meios de suporte e a ideia de que esse processo de ser cuidado e “preparado” pode ocorrer simultaneamente à produção de cuidado às populações assistidas. Isso motiva a construção do saber e fazer como unidades, como se verá mais adiante neste trabalho.

A extensão desempenha, ainda, papel fundamental na formação de estudantes, envolvendo articulação com as ações de ensino e de pesquisa. Como se dá essa articulação? Em linhas gerais, toda ação de extensão ou o conjunto delas é produto de reflexão nos grupos de estudo e de produção de textos para divulgação científica. Além disso, a extensão faz suscitar questionamentos que motivam a elaboração e o desenvolvimento de novos projetos de pesquisa. Nesse contexto, a aprendizagem significativa é o cerne do ensino, pois as ações de extensão e de pesquisa, definidas em rodas que por si só já produzem ganhos de aprendizagem, abrem sempre possibilidades para convidar outros, a partir de ações educativas por meio do compartilhamento de saberes e práticas em saúde mental.

Assim, o projeto adota um método aberto, capaz de repensar e reorientar seus objetivos e ações, de modo contínuo e progressivo, com base nas relações e práticas sociais produzidas no cotidiano. Em função disso, a equipe responsável por ele tem recebido, com frequência, convites para palestras e cursos de extensão com profissionais da área, da ESF, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e comunidade em geral.

Assim, o projeto segue seu curso aprendendo, ensinando e produzindo sentidos, também, acerca da ideia que Fagundes et al. (1992) propõe, quando afirma que todos os lugares têm música, todos os lugares têm artistas, todos os lugares têm onde se dança, têm onde as pessoas se reúnem e se faz necessário identificar e utilizar estes espaços como produtores de saúde e trabalhar nesta direção com as pessoas até então excluídas. O autor nos leva a refletir sobre as necessidades humanas, ao dizer que as pessoas precisam comer, dormir, ser cuidadas e bem tratadas e, nesse sentido, muito além de uma preocupação do setor de saúde, o atendimento a essas necessidades deve ser um comprometimento social.

Os fóruns de saúde mental nas periferias da capital e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Os residentes do Núcleo de Saúde Mental da Uneb promoveram cinco fóruns sobre a saúde mental, em Salvador, Bahia, em parceria com unidades básicas de saúde, conselhos locais de saúde, associação de moradores, polícia militar, Centros de Atenção Psicossocial e a Associação Metamorfose Ambulante de usuários e familiares do sistema de saúde mental do estado da Bahia (Amea-BA). Nesses fóruns foram abordados assuntos relacionados à economia solidária, à reforma da atenção psiquiátrica, ao uso de álcool e outras drogas, ao que fazer em relação à pessoa em sofrimento mental e ao papel da comunidade no contexto da reabilitação psicossocial dessas pessoas e na

promoção da saúde mental. A criação desses fóruns foi uma estratégia dos residentes de saúde mental, em parceria com a comunidade, para a mobilização e o desenvolvimento social.

A Agência Nacional de Desenvolvimento Microempresarial (Ande) participou desses fóruns, junto com bancos comunitários, para colaborar de maneira efetiva na utilização das políticas públicas em benefício da comunidade com foco na promoção da saúde e na construção de comunidades saudáveis.

A equipe de residentes que conduziu os fóruns promovidos pelos residentes da Uneb foi composta por várias categorias profissionais: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais. A residência tem como campo de estágio e trabalho um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps ad) e um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (Caps II), ambos localizados no município de Salvador.

Esses fóruns cumpriram sua função de educação como uma ação social intencional, através da qual se promoveram aprendizagens mobilizadoras de reflexão, problematização e construção de novas práticas relacionadas à saúde mental, bem como uma estratégia de participação popular no redirecionamento da vida social.

Os eventos científicos como espaços de ensino/aprendizagem

Das pesquisas surgiu a parceria entre duas universidades públicas do estado da Bahia, a Uesc e a

Uneb, para a realização de eventos científicos, os quais marcaram múltiplos aprendizados em saúde mental com ênfase na atenção básica. Dentre estes eventos destacam-se quatro: I e II Encontros de Saúde Mental da Uneb (2006 e 2007), o Encontro Norte Nordeste de Saúde Mental e Atenção Básica (2009) e o II Simpósio de Saúde Mental da Uesc (2010).

Um dos principais dispositivos de ensino/aprendizagem dos eventos foram as rodas de discussão temática, ora nomeadas de redes de experiências, ora de rodas de fuxico¹, ambas com abordagem de um tema específico e com a presença de um ou mais convidados para a produção de diálogos entre os participantes. Nas rodas de fuxico, os assentos eram dispostos em círculo, contendo no centro pequenos cortes de tecidos, linhas e agulhas à disposição dos participantes para construir “fuxicos” e aproveitarem o exercício da arte, tomada como uma metáfora, para “costurarem”, também, frases, ideias e sentimentos em relação ao tema. No mesmo período de tempo, com duas horas de duração no máximo, coexistiam rodas, com uma variedade de temas, de livre escolha dos participantes do evento.

¹ É um tipo de costura artesanal, tecida através de retalhos em formato de pequenos círculos, que unidos um ao outro dão forma a diferentes objetos de uso, como: toalhas, colchas, roupas, bolsas, almofadas, cortinas, flores, quadros, acessórios femininos, bonecas, enfim, o que mais a criatividade permitir. O nome originou-se no nordeste do Brasil, entre mulheres que se reuniam para costurar e aproveitavam para trocar ideias, fofocar, mexericar... fazer fuxicos (N. A.).

Um dos eventos contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, que funcionou como facilitador para a participação de pesquisadores e profissionais de outros Estados do país, fomentando ainda mais o debate acerca do tema: “Diversidade de olhares sobre a saúde mental”. Ter o “olhar como um dispositivo” foi o convite feito pela conferencista Cláudia Talleberg, do Rio de Janeiro. Refletindo sobre esse olhar, Luís Fernando Tófoli, do Ceará, lembrou-nos a metáfora da lagarta, seu processo de metamorfose e sua transformação em lindas borboletas para pensar o processo de mudança na atenção à saúde mental. Segundo Tófoli (2010), a princípio, a saúde mental lembra uma lagarta, feia, que produz “nojo”, algo do qual não queremos aproximação e que pode representar uma ameaça, mas, ao passar por transformações, pode-se ver com o tempo (a metamorfose leva tempo) a beleza da borboleta, representada na saúde mental, através da liberdade de ser, da descoberta de potencialidades, dos recursos, do desenvolvimento de sujeitos, das aproximações, da ampliação de trocas sociais.

Ressaltam-se ainda outros aspectos formativos dos eventos realizados: a aprendizagem sobre o uso de tecnologias leves, dentre elas, o acolhimento e a escuta terapêutica. Exemplo disso foi a experiência de um participante, que referiu motivação para sair, de bicicleta, à escuta dos usuários em suas casas, aos finais de semana. A participação em eventos científicos mostra-se como um potencial para inovação das práticas assistenciais – impacto comumente esperado por seus idealizadores.

O Curso Introdutório em Saúde Mental

Trata-se de um curso de extensão de curta duração (60h), que foi destinado aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e das equipes da ESF dos municípios de Ilhéus (2008) e Itororó (2010), Bahia, e teve a peculiaridade de contar com a participação de estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina e Pedagogia como ministrantes. Para tanto, os discentes passaram o período de um semestre letivo preparando-se, através de grupos de estudos, para o uso de metodologias participativas de ensino/aprendizagem, dentre elas: o método da roda, de Campos (2000); a pedagogia da autonomia, de Freire (1996); a abordagem construcionista social, com ênfase nas práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, de Spink (1999).

Os conteúdos dos cursos foram temas sugeridos por Equipes de Saúde da Família e pela equipe de docentes e estudantes do Projeto de Extensão Universitária Integrando Saúde Mental e Saúde da Família. O método da roda foi aplicado em todo o processo de construção do curso, desde a identificação das demandas por conhecimentos em saúde mental, indicadas pelas equipes da ESF, bem como dos recursos para a aprendizagem. Dos conteúdos abordados, destacamos: as concepções de saúde/adoecimento mental e cuidado, a pessoa com depressão e transtorno de ansiedade, a família, a saúde mental e a escuta terapêutica, as redes e os recursos sociais de apoio à saúde mental, o uso de álcool e outras drogas, a autoestima e o cuidado do trabalhador de saúde.

Assim, as aulas foram construídas utilizando-se estratégias participativas de ensino, com vistas a incentivar os atores envolvidos para a construção coletiva de conhecimento. Quanto aos dispositivos de ensino/aprendizagem, cabe salientar: o uso de músicas, com discussão de letras associadas aos sintomas de tristeza, depressão e ansiedade; vídeos com experiências inovadoras em saúde mental; produção de peças de curta duração sobre as experiências de saúde mental no cotidiano; construção de mapas falantes; utilização de técnicas participativas de aprendizagem; momentos de integração e exercícios grupais.

O Curso de Especialização em Saúde Mental

Implantado no ano de 2005, o curso de Especialização em Saúde Mental da Uesc foi outra experiência de ensino/aprendizagem extremamente valiosa. Com carga horária de 420 horas, teve caráter multidisciplinar e o comprometimento com o cuidado em saúde mental de base comunitária. Nos trabalhos de conclusão de curso (TCC), desenvolvidos na forma de artigo científico, motivou-se a problematização em saúde mental a partir do lugar que o profissional ocupava no seu cotidiano: escolas, hospitais gerais, Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Caps e outros serviços substitutivos, Centros de Referência em Assistência Social (Cras), Instituições de Ensino Superior, comunicação social, gestão, polícia militar, projetos sociais etc. Disso resultaram trabalhos diversos e o despertar de alguns profissionais para a atividade de pesquisa.

O curso formou duas turmas e foi interrompido por falta de recursos para sua continuidade, situação que tem motivado a busca por parcerias com o governo estadual e/ou federal a fim de se retomar essa importante ação educativa. Ressalta-se que a coordenação do curso recebe frequentes solicitações para abertura de novas turmas, principalmente advindas de profissionais que atuam em serviços de saúde mental e concluintes de cursos de graduação, o que indica uma grande demanda por qualificação na área.

O apoio matricial a pedido de uma equipe de saúde da família

O apoio matricial pode ser entendido como estratégia de cuidado singularizado, na qual é possível atuar na complexidade da vida dos sujeitos, afirmando-se como atuação no campo existencial, onde as relações de afeto, cooperação e produção de saúde mental se intensificam. Além disso, o apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, entre equipe de saúde da família e apoiadores. Com o intuito de efetivar essa estratégia, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad) e o Núcleo de Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (Uneb) realizaram o matriciamento em uma das equipes de saúde da família.

A aproximação com a Equipe de Saúde da Família ocorreu através da participação em um grupo focal, proveniente do projeto de pesquisa fruto da parceria entre a Uesc e a Uneb, financiado pela Fundação de

Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). O referido grupo objetivou suscitar discussões acerca da saúde mental e contou com a participação da preceptora-pesquisadora, responsável pela condução, uma representante das residentes, que registrou o encontro, e sete integrantes da equipe.

O grupo focal favoreceu a percepção de um elemento novo: a possibilidade de produzirmos conhecimento, a partir de experiências concretas no cotidiano, objetivando contribuir com o processo de trabalho da equipe, no que se refere às ações de saúde mental. Nesse sentido, a finalidade era pisar no mesmo solo que a equipe, ouvi-la e registrar suas demandas para concretizar o apoio matricial.

A condução do apoio matricial foi realizada pelas residentes com formação em Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, juntamente com uma técnica do Caps ad. O envolvimento de várias categorias profissionais objetivou atender ao princípio da integralidade, de modo que os trabalhos atuassem na produção de cuidado de forma solidária e interdisciplinar. Conforme Ayres (2004), cuidado é uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes, especificamente, voltados para essa finalidade.

Além disso, segundo Figueiredo (2006), a tarefa de apoio matricial deve ser realizada por alguém especializado, que ofereça suporte para os profissionais lidarem com os sujeitos em sua totalidade, absorvendo as dimensões subjetivas e sociais do ser humano. Para a autora, o matriciamento em saúde mental traduz-se

como suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são compartilhados com os demais profissionais de saúde. É um encontro, um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e sua escuta e a lidar com a subjetividade dos usuários.

As atividades foram desenvolvidas na área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um bairro de Salvador. O bairro caracteriza-se como área de baixo nível socioeconômico, de difícil acesso, com alto índice de violência, sendo a USF o único serviço de saúde.

Havia um pedido intenso por cuidado da equipe da USF, e não por capacitações a que rotineiramente estava submetida. Entendemos, nesse momento, que os encontros – para fins de apoio matricial – além de abordagem aos conteúdos teórico-práticos, deveriam ser afetivos, em espaços genuinamente intersubjetivos. Ou seja, constatamos que mais importante que o planejamento da ação educativa, era como nós e a equipe interagiríamos, fato que determinou, inclusive, a concretização dessas vivências, nos encontros subsequentes com essa equipe. Sobre isto, Moura (2007) nos lembra que o encontro precede à técnica e é o que lhe dá consistência existencial, logo acreditamos que possui potencial para o agenciamento de desejos.

Houve surpresa, inicialmente, quando ouvimos da equipe uma solicitação teórica relacionada à saúde mental. Faziam referências a modelos tradicionais de capacitação, corroborando a ideia de educação bancária de Freire (2003), segundo a qual o

indivíduo recebe os conhecimentos-conteúdos-acumulados pelo sujeito que sabe e que apenas os transfere, deformando, assim, a necessária criatividade do educando e do educador. Ao longo do processo, entendemos que o solicitado pela equipe foi apenas a reprodução do único modelo que conheciam como possibilidade de encontro entre o saber especializado e a saúde da família. Contudo, consideramos que seria interessante concretizarmos as ações a partir do que Carvalho, Acioli e Stotz (2001) preceituam como construção compartilhada – a experiência cotidiana da equipe de saúde da família.

O passo seguinte foi o levantamento dos temas de interesse da equipe. Foram apontados como prioritários: a identificação dos transtornos, formas de abordar o sujeito em crise e serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental. Para isso, indicaram como metodologia principal a exposição teórica, ressaltando ainda a necessidade da presença dos apoiadores nas visitas domiciliares. Propusemos, também, a discussão dos casos como uma das metodologias do matriciamento, objetivando possibilitar significado vivencial aos conceitos. Após ajuste de demandas, acordamos que os encontros seriam realizados semanalmente, com momentos de discussão de casos e visitas domiciliares.

A formulação de estratégias para a realização do matriciamento se deu a partir do compartilhamento de ideias, o que permitiu a coleta e a análise de informações que, segundo Campos e Domitti (2007), favorecem a tomada de decisões e desencadeiam ações práticas. Com as informações, construímos um projeto que

balizou a nossa prática e, em seguida, elaboramos um cronograma no qual prevíamos encontros semanais durante quatro meses, tempo julgado necessário para o estabelecimento do vínculo e da produção de cuidado junto à equipe.

O primeiro encontro foi destinado ao estabelecimento do vínculo, visando conhecer a história de cada um dos profissionais, as motivações, os desejos e as dificuldades relacionadas ao trabalho. Para isso, iniciamos o encontro com uma dinâmica de apresentação em que cada participante falava livremente sobre si, o motivo de sua escolha profissional e de sua atuação na ESF. Na semana seguinte, concretizando o segundo encontro, houve a apresentação do projeto construído pelos apoiadores, seguida de um momento para os grupos refletirem e negociarem os objetivos e ações previstas.

Apostamos em metodologias participativas, cujo conhecimento construído foi fruto da reflexão crítica da equipe, a partir das experiências prévias. O apoio matricial realizou-se mediante a combinação de encontros periódicos e regulares em três momentos: 1. discussões teórico-práticas; 2. discussão coletiva dos casos; 3. aplicação no cotidiano dos conhecimentos compartilhados. Vale ressaltar que tais etapas aconteceram, em certos momentos, de forma paralela, servindo a divisão apenas para garantir uma organização metodológica.

As discussões teórico-práticas configuraram uma construção coletiva de saberes e de práticas que instrumentalizaram ações da equipe através de núcleos temáticos, os quais são objetos de reflexão capazes

de produzir conhecimento sobre intervenção. Entre os temas abordados, estava a história da loucura; a reforma psiquiátrica; o entendimento sobre a crise; a identificação/diferenciação de transtornos, deficiências, dependências; o uso de álcool e outras drogas; a rede de serviços, território e saúde mental na atenção básica. Os temas foram trabalhados a partir de histórias, dúvidas e falas dos profissionais. Utilizamos em todos os encontros vídeos que estimularam as discussões dos temas.

Paralelo a essas discussões, os casos eram problematizados em conjunto. Nesses encontros, foram trazidos fundamentos teóricos, ao mesmo tempo em que se procurou elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Para os casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, os apoiadores eram acionados pelos agentes comunitários de saúde.

Ainda nos primeiros encontros com a equipe, distribuímos para os ACS uma ficha padrão de identificação de sofrimento psíquico na comunidade. Entre os problemas reconhecidos, o uso abusivo de álcool e de outras drogas foi o mais prevalente, tendo proeminência os casos de alcoolismo e de depressão menor e outros transtornos que não sabiam especificar. Para operacionalização das visitas, dois apoiadores acompanhavam os ACS. As visitas demonstraram que os agentes utilizavam estratégias para lidar com os casos que atendiam, ainda que desconhecessem a rede formal de serviços em saúde mental e as propostas de cuidado psicossocial. Não se pode esquecer, como afirma

Coulon (1995), que os atores interpretam constantemente a realidade social e inventam a vida em uma permanente bricolagem. Aproveitávamos, portanto, essas situações para levar informação às famílias e possibilitar novas estratégias de cuidado, instrumentalizando não só os familiares, mas também o ACS.

A nova estratégia possibilitou maior resolatividade dos casos identificados pelos ACS, pensando na perspectiva do cuidado integral, além do fortalecimento do vínculo entre todos os sujeitos envolvidos no processo. Houve, assim, maior envolvimento com a proposta do matriciamento, devido, especialmente, a uma correlação com o universo biográfico dos ACS, corroborando a ideia de que a estratégia de interação entre os vários sujeitos é aspecto relevante na produção de cuidado. Gadamer (1991) ensina que é a partir de um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no mundo e para seu mundo, que se pode garantir um conhecimento genuíno.

A equipe passou a perceber que o investimento humano é fundamental para se estabelecer vínculo com o sujeito. Vale ressaltar que os ACS não dimensionavam o vínculo já estabelecido com os usuários atendidos por eles, entretanto foi este vínculo que possibilitou nossa entrada em seus domicílios. Além disso, no decorrer do processo, a equipe passou a se dar conta de que já exercia o cuidado em saúde mental, mesmo antes do matriciamento.

A equipe passou a perceber que os encontros produziam cuidado para a saúde mental dela mesma e seus integrantes começaram a trazer histórias

de suas próprias vidas, de familiares e de vizinhos mais próximos. Conforme Rabelo (1999), narrando os eventos vividos, os indivíduos criam um campo para ação coletiva: os eventos, tal qual narrados, postulam certas identidades e impelem atores participantes da situação e da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado em suas próprias histórias.

No decorrer do matriciamento, percebemos que os ACS adquiriram segurança progressiva no que se refere às suas intervenções durante as visitas. Pontuaram aspectos pertinentes ao cuidado em saúde mental, tendo em vista que eles eram os que mais sabiam sobre as histórias de vida dos sujeitos. Isso garantiu que o cuidado, agora mais qualificado, fosse mantido independente da nossa presença.

É possível afirmar, também, que os ACS passaram a entrever a importância de cuidar de toda a família que convive com o sofrimento psíquico. Ao longo de todo processo construído, percebemos que a formação do vínculo, a circulação de afetos, a co-construção do conhecimento e a produção de cuidado com a equipe e com os usuários foram possíveis pela existência de conexões interativas entre os apoiadores, a equipe e os usuários. Nesse sentido, as ações surgiram das redes que interagiram e influenciaram-se mutuamente, acrescidas da disponibilidade de não reduzir a experiência da equipe a resultados de fatores causais.

Em todas essas experiências, uma ideia fortemente construída e exercitada foi a do ensino/aprendizagem enquanto processo de compartilhamento de saberes e de práticas sociais, que passamos a descrever.

Ensino aprendizagem em saúde mental como processo de compartilhamento de saberes e de práticas

A construção compartilhada de conhecimento é uma metodologia desenvolvida na prática da educação e saúde que considera a experiência cotidiana dos indivíduos envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos vários atores, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas e da saúde (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Compartilhar significa “ter ou tomar parte em, participar de; compartilhar” (FERREIRA, 1985), partilhar com alguém (PRIBERAM, 2010), que traz o sentido de com o outro, ao invés de para o outro. Portanto foge da pedagogia tradicional de transmissão do conhecimento, que foca o ensino na figura de um *expert*, sendo o outro o sujeito/objeto do saber produzido. Compartilhar abre possibilidades de interação, de ter o ensino/aprendizagem como um processo que se realiza com o outro, a partir de uma relação de partilha, de participação; portanto docentes e estudantes constituem-se em sujeitos ativos de seu próprio aprendizado. Nessa relação, tanto o docente quanto os estudantes são detentores de conhecimentos que, através do compartilhamento, fazem emergir uma diversidade de saberes e de práticas sociais. Valoriza a polifonia – diversas vozes – e a polissemia – os múltiplos sentidos que envolvem saber e fazer.

Compartilhar, portanto, implica desenvolver relações de intercâmbio entre pessoas, ganhos de conhecimentos vistos em sua pluralidade, construção de

cumplicidade, cooperação, corresponsabilidade, solidariedade, constituição de sujeitos e de coletivos organizados, partilha de poder.

O campo da atenção psicossocial requer iniciativas específicas para compartilhamento de conhecimentos, voltadas para a Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, espera-se o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o Sistema Único de Saúde.

O ensino/aprendizagem também se sustenta no princípio da integralidade do SUS, compreendido como articulações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação, integrado com outros setores, espaços socioculturais e práticas não institucionalizadas da produção de cuidado existentes nos diversos territórios.

Sobre saúde mental, o compartilhamento motiva-nos a questionar: a que se referem as expressões saberes e práticas? E o termo saúde mental? Existe prática sem saber? E o inverso? Como funciona a frase “a teoria está longe da prática”, e de que forma ela afeta o cotidiano das práticas de saúde mental? Dizer e fazer podem ser unidades inseparáveis?

Esses questionamentos vêm da constatação de que, quando separamos dizer e fazer, ou seja, teoria e prática, saberes e práticas, estabelecemos uma distinção, com a possibilidade de tornar a teoria uma utopia ou de um valor superestimado sobre os saberes produzidos das experiências do cotidiano. Na primeira hipótese, trata-se de ter determinados saberes e/ou teorias como algo inalcançável, inatingível, de tal modo que perdemos de ver e versar sobre as práticas que estão implícitas nelas. E, diante da

impossibilidade, deixamos também de considerar os modos de construí-los ou compartilhá-los no cotidiano. Outra implicação dessas ideias está no imobilismo ou desvalorização frente às oportunidades de produção de conhecimento, uma vez que ele não refletiria o cotidiano ou não teria o que contribuir para o cotidiano profissional.

A segunda hipótese, a de ter determinados conhecimentos como de um valor superestimado sobre outros, inclusive, aqueles que são produzidos no cotidiano, implica em o sujeito responsável pelo compartilhamento adotar postura de *expert* do assunto, sendo os demais sujeitos “sem conhecimento”, os quais serão depositários do que se pretende tornar conhecido. A nosso ver, ambas as hipóteses prejudicam o repartir e impedem o diálogo capaz de reconhecer os saberes e as práticas em sua pluralidade e ganhos no cotidiano.

Em nossas experiências de partilhar o conhecimento em saúde mental, dizer e fazer foram pensados como unidades inseparáveis. Tal compreensão convida-nos a refletir sobre o que é produzido na linguagem em uso no cotidiano e sobre as implicações sociais da mesma em relação ao que se pretende construir. Nossas ideias e posicionamentos têm nos ajudado ou impedido a caminhar em meio a situações adversas? E se tem impedido, que outras noções podem mudar a orientação desse posicionamento ou o próprio posicionamento?

Além disso, compartilhar tem um fim, um propósito, e convida a um contexto de compartilhamento. Nossas experiências focaram propósitos

de compartilhamento sobre os seguintes processos: reforma da atenção psiquiátrica e dos serviços substitutivos, com discussão sobre os princípios do modelo manicomial a serem desconstruídos e os novos princípios que precisavam ser construídos, dentre eles, a inclusão da saúde mental no Sistema Único de Saúde, o uso dos recursos da comunidade para essa área, a interdisciplinaridade e intersetorialidade da atenção à saúde, a possibilidade de viver sem manicômios no ensino, nos serviços e na sociedade em geral.

Nesse sentido, todos os espaços sociais são lugares em potencial para a construção de oportunidades de divisão de saberes e práticas: a casa, a escola, a praça, os meios de comunicação, as conversas do dia a dia, sempre ricas em produção de sentidos.

Sobre os fatores que influenciam o compartilhamento de saberes e práticas, Alcará et al. (2009) destacam quatro aspectos: a natureza do compartilhamento, isto é, a definição do que se pretende compartilhar, qual é o conhecimento; a motivação para compartilhar, destacando a importância no compartilhamento desse conhecimento; as oportunidades de compartilhamento, referindo-se à invenção de espaços para produção do compartilhamento; e a cultura do ambiente de trabalho.

Todos esses aspectos, entendidos como processos, fazem mover ações em direção a um posicionamento contínuo e progressivo de compartilhamento e de clareza quanto ao conhecimento.

Dos fatores que dificultam o compartilhamento de saberes, destacam-se: arrogância epistemológica,

atitude de tudo saber, de não ter o que aprender, medos, gestão linear e centralizadora, nomeações ligadas a déficit – rótulos, uniformidade na assistência, explicações padronizadas para os problemas, foco nas faltas.

Frente às dificuldades, nasce a responsabilidade de rever os espaços e reorientar estratégias para compartilhamento, a fim de romper com o instituído e ter uma construção instituinte de algo inovador. Nisto, mais uma vez, o cotidiano pode estender os espaços de ação e de interação a serem valorizados.

O cotidiano como ponto de partida do compartilhamento

O compartilhamento considera a experiência diária dos indivíduos envolvidos como uma conquista de atores sociais com maior poder de intervenção nas relações sociais e que influencia na qualidade de vida e, principalmente, na saúde (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Nesse sentido, o dia a dia é cenário rico de produção de sentidos e de práticas sociais dinâmicas, as quais podem ser modificadas a partir dos diálogos produzidos. Toda experiência, situação nova, por exemplo, convida o outro a um posicionamento e possível reflexão geradora de mudanças.

Ao oferecer oportunidades de compartilhamento do conhecimento produzido da e na experiência de todos os dias, ele precisa se entrelaçar com outros saberes e ser analisado com vistas às implicações sociais para determinadas populações. Isso refletirá a importância de cada saber/fazer e indicará formas de

compartilhar, a partir dessa construção. Possibilita, também, ao docente ou apoiador matricial uma aproximação com o outro e a descoberta do que existe de recursos de aprendizagem, assim como de necessidades de repartir.

Ter a dialogia como dispositivo desse processo é reconhecer todas as conversas do cotidiano como produtoras de sentidos e de práticas sociais. É reconhecer o valor de cada sujeito no processo de aprendizagem e saber que mesmo aqueles que dizem “não saber” são possuidores de saberes e posicionamentos sociais.

O cotidiano como ponto de partida aproxima também o sentido da chegada do apoiador em cenários novos; por isso evita o posicionamento de tudo saber, o que implica na ideia de que não há mais o que aprender apenas o que ensinar; é quando se generalizam as equipes e os cotidianos, sem ao menos escutá-las ou dirigir-lhes o olhar.

A postura do não saber e o que ela significa na produção do aprendizado em saúde mental

Essa postura advém do construcionismo social e se aplica ao processo de compartilhamento de conhecimento, quando o docente ou apoiador instrumental a adota para exercer uma relação livre de ideias pré-concebidas, para escutar o outro sem juízo de valor e ter uma atitude respeitosa quanto aos conhecimentos adotados nos diálogos.

Na construção do processo de ensino/aprendizagem em saúde mental, assumir essa postura significa

que os profissionais e educadores possam reconhecer-se como tendo um saber “de caráter provisório, que deve ser desafiado por outros saberes, inclusive, o do cliente, o único especialista na sua própria experiência” (GRANDESSO, 2000, p. 280).

Tendências do ensino/aprendizagem em saúde mental e saúde da família: o pró-saúde/pet-saúde e o CRR

Por meio de investimentos do Governo Federal em projetos de ensino/aprendizagem em saúde e a partir de um esforço conjunto entre os ministérios da Saúde e da Educação para o enfrentamento do *crack* e outras drogas, inserimo-nos em mais dois projetos de compartilhamento de saberes e de práticas em saúde mental, nomeados aqui de dispositivos institucionais de ensino/aprendizagem, são eles: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; e o Centro Regional de Referência para Formação Permanente para o Enfrentamento do Crack, Álcool e Outras Drogas (CRR).

A partir dos projetos, espera-se conseguir o fortalecimento de parcerias entre as universidades, os serviços substitutivos e as Estratégias de Saúde da Família, para o ensino/aprendizagem em saúde mental, *crack* e outras drogas.

As expectativas são grandes em relação aos avanços advindos das experiências de ensino/aprendizagem na área, com impactos na produção e gestão do cuidado em saúde. Assim, acreditamos na ideia de que sempre é

possível fazer alguma coisa a mais, se existe uma comunidade dotada de atribuições, competências, com uma estratégia de mudança do velho e comprometida com a construção do novo (EVARISTO, 2000).

Incorporação de metáforas transformadoras da realidade: um último dispositivo de compartilhamento

Devemos o aprendizado e uso desse dispositivo ao colega Samuel Macedo Guimarães, Terapeuta Corporal, que compartilha conosco momentos de ensino/aprendizagem e nos fez olhar a importância da metáfora para o processo de aprendizagem.

Metáfora é a *figura* de linguagem em que um termo substitui outro em vista de uma relação de semelhança entre os elementos que os termos designam. Segundo Michaelis (2010, p. 1), trata-se do “emprego de uma palavra em sentido diferente do próprio por analogia ou semelhança”.

Quando empregamos a ideia de incorporar metáforas transformadoras da realidade, estamos convidados a pensar a(s) realidade(s) a partir de imagens, objetivo que nos leve a assumir posicionamentos em direção a mudanças, ao invés de uma atitude de passividade, a posicionamentos de movimentos. Ou seja, uma atitude de ruptura ao invés de permanência do habitual, caso o habitual já não satisfaça às necessidades e ideais, ou já não acrescente algo novo ao que já está em construção e pede por avanços.

A seguir, relatamos algumas metáforas que têm nos ajudado a ensinar e aprender na área, articulando

pesquisa, ensino e extensão universitária. As metáforas do terremoto, do movimento da serpente e do jogo, propostas por Pearce (1996), para pensar o novo paradigma e a revolução das comunicações são extremamente úteis para pensar/fazer o apoio matricial em saúde mental, assim como outros processos de aprendizagem da área com enfoque na ESF, vejamos.

O terremoto é a primeira metáfora proposta pelo autor e traduz a imagem de estarmos diante de uma situação que nos causa “estranheza”, “desorientação” ou parece-nos tão destrutiva, a ponto de fazer surgir um sentimento e posicionamento de “não há o que fazer”. O terremoto traz, também, a sensação de não saber em que se pode apoiar e sobre o que se pode ficar parado (PEARCE, 1996).

Construir o cuidado de saúde mental na ESF, um cenário aberto, ou seja, livre dos muros dos manicômios e livre de um espaço fechado ou considerado adequado para tal, como uma sala de consultório, parece produzir as mesmas angústias de estar no “terremoto”. É tudo muito novo ou contrário à formação de muitos profissionais que tiveram suas vivências exclusivamente centradas no espaço dos grandes hospitais psiquiátricos, ou em especialistas da área “psi”. Nesse último aspecto, se o cuidado é de especialista – ideia do modelo manicomial – aparece por si só a ideia de que só esse profissional detém conhecimento efetivo para intervir sobre os problemas na área da saúde mental. Se o cuidado agora é de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família e de toda uma sociedade, isso também soa como um terremoto. Essas ideias trazem comumente as

indagações feitas por profissionais de saúde da família em nossos contatos e rodas de aprendizagens desenvolvidas: O que fazer? Como fazer? Para onde encaminhar?

Na trajetória em busca de soluções diante de um “terremoto”, Pearce (1996) propõe uma segunda metáfora, a de “um movimento de serpente”, e afirma: “quem viu uma serpente deslizar pelo solo sabe que seu movimento tem algo de estranho, há certa sensualidade em sua maneira de deslocar-se, muito diferente de um animal bípede corrente” (p. 173). Comumente, nos identificamos mais com o animal bípede, porém as formas de comunicação de que participamos são mais bem entendidas se as concebermos como um movimento de serpente.

Semelhantemente, as novas formas de saber/fazer em saúde mental e os processos de aprendizagem relacionados serão mais bem compreendidos como um movimento de serpente. Esse movimento reflete as aproximações e negociações contínuas e necessárias ao contexto do território e deste com outros setores sociais. O deslocamento da serpente sobre o terreno é circular e contorna os obstáculos, de beleza e de sensualidade, a fim de envolver outros e ajudá-los a encontrar saídas para a situação.

Assim, temos aprendido e exercitado o princípio que o aprendizado de conhecimento requer um tempo diferente para cada equipe de saúde da família. E, fazendo uso de outra metáfora, a metáfora do “solo e da semente”, alguns “solos” estão prontos para repartir, outros desgastados, precisam ser preparados para receber a semente, precisam de suporte.

Em outros cenários, podemos ver equipes, no movimento que mais se assemelha ao bípede, correndo durante o terremoto. Quando imaginamos essa situação, pensamos que em pouco tempo, esse animal cairia e teria se machucado ao ponto de interromper o seu trajeto. Assim é quando desejamos o alcance de resultados imediatos do processo de aprendizagem e atropelamos o tempo de cada um, o que o outro tem a dizer e a fazer, de modo coletivo. Ensinamos, o que não significa mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde da família. Cansados, por conta das demandas e necessidades pessoais, especialmente, pelo modo como desenvolvem o processo de trabalho – os resultados, a produtividade, os procedimentos – muitos deles não respondem à aprendizagem. Daí, o que foi partilhado poderá ser esquecido, ou as pessoas continuarão a reproduzir suas práticas, sem sentirem-se sujeitos de sua ação e, muito menos, sem a compreensão de que precisam (re) constituir-se no cuidado com o outro.

A terceira metáfora proposta por Pearce (1996) é a do jogo. O jogo, se tomado pela perspectiva do participante e não dos espectadores, tem algo a aprender e a ensinar. O jogo do qual fazemos parte é parte de nós, e a todo o momento coloca-nos diante de um novo desenho, de um novo processo de estruturação. Toda vez que jogamos, mudamos sua configuração, e os próximos eventos são pensados e estabelecidos por seus participantes. O jogo não fixa os eventos, sendo um processo que nunca cristaliza, porque os contextos vão se configurando permanentemente.

No ensino/aprendizagem em saúde mental, é fundamental a metáfora do jogo, ou seja, compreender que

os eventos, os contextos e as pessoas são dinâmicos e que um movimento, de quem participa da construção social, muda a configuração e o destino do que parece cristalizado. Isto acontece especialmente quando consideramos a nós mesmos e ao outro como parte do jogo, desde o seu planejamento à execução de ações educativas.

Outras metáforas reforçam as ideias aqui explicitadas, porque nos ajudam a pensar e fazer movimentos de aproximações com o outro, no processo de aprendizagem. A metáfora da rede, definida por Pitta (2001, p. 19) como

sentido de juntar fios dispersos e articulá-los, como num tear, para lhes dar sentido, transformando-os em vestimentas, agasalhos protetores para enfrentar intempéries e resguardar intimidades, deixando mais fortes e protegidos os seus usuários,

associa-se ao processo de compartilhamento de conhecimento e o seu papel em partilhar poder, no que diz respeito ao empoderamento dos sujeitos.

A metáfora da festa nos faz pensar o processo de compartilhamento de saberes e de práticas como evento que antecede a chegada de um convidado e que continua com a saída do mesmo. Ela nos ensina a construir diálogos durante o compartilhamento, posicionando-se como um convidado a fazer convite ao outro a refletir sobre o cotidiano e, ao sair, deixa marcas e a sensação de poder voltar.

Finalmente, a metáfora existente na ideia de que o caminho que se faz ao caminhar coloca o processo de compartilhamento como um processo aberto

a mudanças, e que se faz numa atitude ativa de criar as oportunidades para repartir. Essas ocasiões, como projetos de extensão, ações de pesquisa, cursos e rodas temáticas, não vêm prontas; são também construções sociais, que se fazem à medida que experimentamos cada momento e situação, a partir de nossas vivências, e nos colocamos em busca, na intenção de compreender as possibilidades presentes no contato com o outro.

Essas metáforas são, pois, imagens que nos ajudam a trilhar outros caminhos, primeiro em não se conformar com o que existe de permanência do velho modelo de atenção psiquiátrica e, segundo, simultaneamente a isto, agir na busca por criar oportunidades de compartilhamentos de saberes e de práticas em saúde mental e saúde da família; práticas constitutivas de novas realidades na produção do cuidado e operadoras no cotidiano para constituição de sujeitos coautores do que é ensinado e do que é aprendido. Faz também o processo ensino/aprendizagem dinâmico, inacabado, criativo para invenção ou descobertas de recursos de aprendizagem e de saberes e práticas inovadoras, e isso também são construções sociais. Assim, o caminho continua em cada oportunidade para descortinarmos horizontes mais amplos dessa trajetória e responsabilidade social. Quanto ao futuro? Este permanece intacto e convida você a participar, também, do processo.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in health-care practices. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003/fev. 2004.

ALCARÁ, A. R. *et al.* Fatores que influenciam o compartilhamento da informação e do conhecimento. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.14, n.1, p. 170-191, 2009. Trimestral.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de Construção compartilhada do conhecimento. Uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. Reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

COULON, A. **A Escola de Chicago**. Tradução Tomás R. Bueno. Campinas: Papyrus, 1995.

EVARISTO, P. Gestão da psiquiatria na comunidade. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 27-34, out. 2000.

FAGUNDES, S.; HUBNER, A.; FISCHETTI, S.; ROTELLI, F.; CIPOLLA, A. Saúde mental nos SILOS: propostas operacionais. In: KALIL, M. E. X. (org). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. (Coleção Saúde Loucura, v. 7).

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas (SP). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

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

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GADAMER, H. G. **Verdad y método**. Salamanca: Sígueme, 1991.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Uol, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 12 maio 2010.

MOURA, A. **Linhas da diferença em psicopatologia**. Salvador: Cian, 2007.

PEARCE, N. B. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade. In: SCHNITMAN, D.F. (org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PITTA, A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília,DF: MS: CNS, 2001.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Priberam Informática, [S.l, 2010]. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/consultar.aspx>>. Acesso em: 12 maio 2010.

RABELO, M. C. M. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TÓFOLI, L. F. F. Desafios e estratégias de inserção da saúde mental na atenção básica. In: SIMPÓSIO DE SAÚDE MENTAL DA UESC, 2., 2010, Ilhéus. **Anais ...** Ilhéus: Uesc, 2010. 1 CD-ROM. Windows 2010. p. 1. (Palestra proferida em 7 de maio de 2010).



IMPrensa UNIVERSITÁRIA

IMPRESSO NA GRÁFICA DA **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ** - ILHÉUS-BA