**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

LARISSA DE ALMEIDA REZIO

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, GUIADA PELOS PRINCÍPIOS DA
SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL**

Ribeirão Preto

2018

LARISSA DE ALMEIDA REZIO

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, GUIADA PELOS PRINCÍPIOS DA
SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL**

Versão Original

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna.

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rezio, Larissa de Almeida

A Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Básica, guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional, 2018.

248 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Fortuna, Cinira Magali.

1. Educação Permanente. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem em Saúde Pública. 5. Análise Institucional.

Nome: REZIO, Larissa de Almeida

Título: A Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Básica, guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico

À minha mãe, **Maria Aparecida Rezio**, e ao meu marido, **Mateus Dutra**, pelo amor, compreensão, apoio e, sobretudo, por serem meus grandes incentivadores nessa caminhada.

Ao meu pai, **Wilson Rezio** (*in memoriam*), pelo exemplo de persistência, coragem e vontade de “voar”.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de um projeto construído há muito tempo, a partir do meu desejo, do meu envolvimento, das minhas implicações, mas, também, sua concretude só foi possível por meio dos vários encontros no decorrer da minha trajetória. Foram nesses encontros que esta tese foi se construindo e eu me (re)construindo junto dela.

Desse modo, agradeço:

A Deus, enquanto fonte de amor, paz e força para seguir e acreditar neste projeto de vida.

Aos profissionais dos serviços, pelo aprendizado conjunto e por me possibilitar o olhar para mim e para minha prática docente.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, pela liberação e incentivo constante; pelas amizades e laços construídos e fortalecidos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso – FAPEMAT, pela bolsa de Doutorado que possibilitou as viagens para Ribeirão Preto, Campinas e Cuiabá, assim como outros custos envolvidos na pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de Doutorado Sanduíche na França.

Ao Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas de Cuiabá pela parceria de sempre e participação de duas trabalhadoras, Marta e Marilene, em alguns encontros de Educação Permanente em Saúde.

Aos membros da banca, Prof.^a Solange L'Abbate, Prof. Gilles Monceau e Prof.^a Claudia Penido, pelas contribuições e generosidade em compartilhar os seus conhecimentos, que não se restringem a este momento de finalização da tese, mas se estendem a outros encontros da minha trajetória, inclusive possibilitados pela rede *Recherche avec*.

Ao Prof. Gilles Monceau, pelas orientações, pelo acompanhamento, pelos momentos de direcionamento de escrita desta tese, por ter me acolhido na França, pelo aprendizado possibilidade em todos os encontros, e por ter me propiciado crescimento acadêmico e pessoal, além da maior aproximação com a Socioclínica Institucional.

À Prof.^a Cinira Fortuna, pelas orientações, pelo acompanhamento e pelas oportunidades, dentre elas, por ter possibilitado a minha vivência no Estágio de Doutorado Sanduíche e por ter me ajudado a perceber a necessidade e o prazer no caminhar solitário e singular da escrita da tese, também importante nesse processo.

À Prof.^a Alice Oliveira, minha orientadora de mestrado, e hoje minha amiga, com quem aprendi sobre a docência, sobre orientação acadêmica, sobre relações de trabalho, mas, sobretudo, aprendi (tenho aprendido) um novo olhar para o mundo e para o cotidiano do (processo de) trabalho. Continuo aprendendo com você a cada encontro, seja sobre política, saúde mental, ou qualquer outro tema “simples” do dia a dia.

Aos componentes do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva e ao Grupo de Estudos

e Pesquisa em Análise Institucional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelas leituras e construções coletivas, pelo aprendizado e companheirismo.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Universidade Federal de Mato Grosso, pelas discussões teóricas e parcerias mantidas mesmo durante o período do meu afastamento para o Doutorado.

Ao grupo de pesquisa Análise Institucional L'Abbate, pela acolhida, discussões teóricas e pelos belos encontros, dentre eles, o encontro com a Bete, que me ofereceu não só um lugar para ficar em Campinas, como também, sua amizade, apontamentos para escrita, conselhos e muito afeto.

Aos amigos que a pós-graduação me presenteou: Flávio, Luana, Anna, Karemme, Camila e Simone, essenciais nesse processo. Obrigada pelo apoio emocional, pelas discussões teóricas, carinho, sugestões, questionamentos, enfim, pela amizade que construímos e temos fortalecido mesmo a distância.

Aos amigos queridos de Mato Grosso, que mesmo após muitos anos, continuam produzindo encantamentos em mim. Em especial, agradeço àquelas que estiveram mais próximas nessa trajetória: Mayra, Valéria, Carla Rafa, Iver, Alice, Samira, Carol (Lina), Carol, Layse e Cher.

Aos amigos que Paris me presenteou: Paula, Nana, Ana, Ana Paula, Rúben, Rafa, Bruno, Diego, Ju, Rafael e Caio, por terem tornado o Doutorado Sanduíche mais leve e prazeroso.

À minha avó, Tereza, pelas orações e sabedoria cotidiana, e aos meus avós de coração Zelita e Manoel (*in memoriam*) por serem meu lar durante muitos momentos da minha vida e por serem minha primeira influência política.

À minha família, pelo incentivo, amor e compreensão nos momentos de ausência para produção desta tese, em especial a minha irmã, Rosane, por todo amor e carinho; ao meu padasto, Adejair, pela presença afetuosa desde a graduação; a minha madrinha Leninha pelo incentivo desde criança à formação acadêmica; e ao meu primo, Albanir, pelas discussões políticas, que agitavam meus dias, mas também, acalentavam a alma.

À minha querida mãe, minha maior inspiração, o meu primeiro e mais importante exemplo de “ser professora”, obrigada por todo amor, amizade, carinho, incentivo e orações. Obrigada por entender os momentos de ausência, pelo colo a qualquer hora, por ser minha fortaleza, meu lugar de refúgio, meu ponto de equilíbrio – àquela a quem sempre recorro quando preciso tranquilizar o coração, para encontrar paz. Amo-te infinitamente!

E ao meu parceiro de vida, esposo e grande amor, Mateus: aquele que esteve presente, partilhando comigo todos os momentos deste trabalho e trajetória. Obrigada pelo amor, pelo café e pelo cafuné, pelo carinho, pela presença, mesmo na ausência física, pelas palavras e atitudes que sempre me incentivam e me tranquilizam; por muitas vezes ficar simplesmente sentado ao meu lado como companhia, como um comportamento não verbal que diz “força, estou aqui do seu lado”. Gratidão por ter me ensinado que o amor se fortalece no cotidiano, “nas insignificâncias” que nos trazem “encantamentos” e esse mesmo amor foi essencial para concretude desse sonho. Amo você!

“[...] o olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê. É preciso transver o mundo” (Manoel de Barros)

RESUMO

REZIO, L. A. **A Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Básica, guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional.** 2018. 248 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é pautada na formação e no aprendizado no trabalho e pelo trabalho. Desse modo, considerando os desafios do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, tivemos como objetivo desta tese analisar a EPS para formação em saúde mental na Atenção Básica, guiada pelos princípios da socioclínica. Optamos pela pesquisa-intervenção por assumir seu caráter político de busca das transformações a partir da interrogação dos diversos sentidos cristalizados nas instituições, razão pela qual utilizamos como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional e Socioclínica. A pesquisa iniciou a partir da oferta da intervenção à gestão municipal, oportunidade em que foi criado o dispositivo de inclusão da gestão no processo de escolha de duas unidades. Posteriormente a esta etapa, entramos no campo de intervenção e, após um mês, iniciamos as entrevistas semiestruturadas, buscando informações acerca do cotidiano de trabalho e das práticas de saúde mental na Atenção Básica, trabalho em rede e aspectos referentes à formação em serviço. Restituímos aos profissionais as informações das entrevistas transcritas e, a partir desta etapa, iniciamos os encontros de EPS, em um total de 12 com cada equipe. Durante os encontros de EPS, realizamos outras duas restituições, sendo que a última, realizada em fevereiro de 2017, representou o encerramento da pesquisa. Vinte e dois profissionais participaram do estudo, sendo que a média de profissionais presentes durante os encontros de EPS foi seis participantes. Utilizamos os conceitos da Análise Institucional e Socioclínica para guiar e compreender o processo de EPS, assim como para análise dos dados. Os resultados encontrados referiram-se aos efeitos da inclusão somente do gestor municipal no processo decisório das unidades, fato que gerou movimentos de resistência na equipe, durante a entrada em campo. Na sequência, apontamos a análise de encomenda e demanda como movimento importante para entrada em campo. A transformação da compreensão de EPS pela ação de fazer EPS, ou seja, na medida em que os profissionais vivenciavam a EPS, passavam a compreender a sua finalidade de formação e o aprendizado por meio do trabalho. Outro resultado importante foi o trabalho de análise das implicações primárias e secundárias da pesquisadora, a partir da identificação do seu modo de relação com as instituições que atravessaram o campo de intervenção. Também apontamos como resultado que alguns

dispositivos criados para facilitar o processo de EPS provocaram analisadores, revelando modos de trabalho instituídos. Frente a isso, identificamos ainda que a EPS foi capaz de provocar mudanças no cotidiano de trabalho, configurando como movimento instituinte nesse processo. Assim, concluo que o trabalho é local e fonte de aprendizagem e que os princípios da Socioclínica Institucional podem potencializar o processo de EPS para formação em saúde mental, e apontar pistas facilitadoras para esse modo de aprender em serviço e pelo serviço.

Palavras-chave: Educação Permanente. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.
Enfermagem em Saúde Pública. Análise Institucional.

ABSTRACT

REZIO, L. A. **The Permanent Health Education for formation in mental health in Primary Care, guided by the principles of Institutional Socioclinic.** 2018 248 p. Thesis (PhD in Health Sciences) – Nursing School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The Permanent Education in Health (PEH) is based on formation and learning at work and working. Thus, considering the challenges of mental health care in Primary Care, we aimed, in this thesis, to analyze PEH for mental health formation in Primary Care, guided by the Institutional Socioclinic principles. We opted for intervention research because it assumed its political character of search for transformations based on the interrogation of the various senses crystallized in the institutions, which is why we used the Institutional Analysis and Socioclinic as a theoretical-methodological reference. The research started from the offer of the intervention to the municipal management, an opportunity in which the device of inclusion of the management was created in the process of choosing two units. After this stage, we entered the field of intervention and, after a month, we started the semi-structured interviews, seeking information about the daily work and mental health practices in Primary Care, work in network and aspects related to in-service formation. We restored to the professionals the information of the interviews transcribed and, from this stage, we started the meetings of PEH, in a total of 12 with each team. During the meetings of PEH, we made two other refunds, the last one, held in February 2017, represented the closing of the research. Twenty-two professionals participated in the study, and the average number of professionals present during the PEH meetings was six participants. We used the concepts of Institutional and Socioclinical Analysis to guide and understand the PEH process, as well as for data analysis. The results found referred to the effects of the inclusion of only the municipal manager in the decision-making process of the units, a fact that generated resistance movements in the team during field entry. In the sequence, we point out the analysis of order and demand as an important movement for entry into the field. The transformation of the understanding of PEH by the action of PEH, that is, to the extent that professionals experienced PEH, came to understand their purpose of formation and learning through work. Another important result was the work of analyzing the primary and secondary implications of the researcher, based on the identification of her mode of relationship with the institutions that crossed the field of intervention. We also pointed out as a result that some devices created to facilitate the PEH process triggered analyzers, revealing established working modes.

Facing this, we also identified that the PEH was able to provoke changes in the work routine, setting it up as an instituting movement in this process. Thus, I concluded that work is a place and a source of learning and that the Institutional Socioclinic principles can enhance the process of PEH for mental health formation, and point out facilitating ways of learning in service and through service.

Keywords: Permanent Education. Mental health. Primary Health Care. Nursing in Public Health. Institutional Analysis.

RESUMEN

REZIO, L. A. **La Educación Permanente en la Salud para la formación en salud mental en la Atención Básica, guiada por los principios de la Socioclínica Institucional.** 2018, 248p. Tesis (Doctorado en Ciencias de la Salud) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

La Educación Permanente en Salud (EPS) está pautada en la formación y el aprendizaje en el trabajo y por el trabajo. Así, teniendo en cuenta los desafíos del cuidado en salud mental en el ámbito de la Atención Básica, nuestro objetivo fue el de analizar la EPS para la formación en salud mental en la Atención Básica, guiada por los principios socioclínicos. Se ha optado por la pesquisa-intervención por asumir su carácter político en la busca de cambios a partir de la interrogación de los diversos sentidos cristalizados en las instituciones, razón por la cual hemos utilizado como referencial teórico metodológico la Análisis Institucional y Socioclínica. La pesquisa se ha iniciado a partir del ofrecimiento de la intervención en la gestión municipal, oportunidad en la que ha sido creado el dispositivo de inclusión de la gestión en el proceso de elección de dos unidades. Después de dicha etapa, hemos iniciado la intervención y, después de un mes, las entrevistas semiestructuradas, buscando informaciones acerca del cotidiano laboral y de las prácticas de salud mental en la Atención Básica, trabajo en redes y aspectos concernientes a la formación en servicio. Hemos restituído a los profesionales las informaciones de las entrevistas transcritas y, a partir de dicha etapa, hemos dado inicio a los encuentros de la EPS, en un total de 12 con cada equipo. Durante los encuentros de la EPS, hemos llevado a cabo otras restituciones, siendo que la última, realizada en febrero de 2017, representó la finalización de la pesquisa. Veintidós profesionales han participado del estudio, siendo que el promedio de profesionales presentes durante los encuentros de EPS fue el de seis partícipes. Hemos utilizado los conceptos de Análisis Institucional y Socioclínica para orientar y comprender el proceso de EPS, así como para el análisis de los datos. Los resultados obtenidos se refirieron a los efectos de la inclusión únicamente del gestor municipal en el proceso de toma de decisión de las unidades, hecho que generó movimientos de resistencia en el equipo, durante el inicio de los estudios de campo. A continuación, hemos señalado el análisis de encargo y demanda como movimiento importante para la entrada en el campo. La transformación de la comprensión de la EPS por la acción hacer EPS, es decir, en la medida en que los profesionales vivenciaban la EPS, empezaron a comprender su finalidad de formación y el aprendizaje por medio del trabajo. Otro resultado igualmente importante ha sido el trabajo de análisis de las implicaciones primarias y secundarias de la investigadora, a partir de la identificación de su manera de relación con las

instituciones que cruzaran el campo de intervención. Hemos también señalado como resultado que algunos dispositivos creados para facilitar el proceso de la EPS han provocado analizadores, desvelando modos de trabajo instituidos. Frente a ello, hemos aún identificado que la EPS ha sido capaz de promover cambios en el cotidiano laboral, configurándose como un movimiento instituidor en ese proceso. Concluyo, por tanto, que el trabajo es local y fuente de aprendizaje, y que los principios de la Socioclínica Institucional pueden potencializar el proceso de la EPS para la formación en salud mental, y señalar puntos facilitadores para ese modo de aprender en servicio y por el servicio.

Palabras clave: Educación Permanente. Salud Mental. Atención Primaria de Salud. Enfermería em Salud Pública. Análisis Institucional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABS - Atenção Básica à Saúde
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AI - Análise Institucional
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Conselho Estadual de Saúde
CGR - Colegiados de Gestão Regional
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNPq - Comissão Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRES - Conferência Regional de Educação Superior da América Latina e o Caribe
DeCS - Ciência da Saúde
EducaSaúde - Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
EERP-USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EP - Educação Permanente
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAEN-MT - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
GEPAI - Grupo de Estudos e Pesquisa em Análise Institucional
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MedLine - *Medical Literature Analysis and Retrieval System online*
MT - Estado de Mato Grosso
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF- AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NESM - Núcleo de Estudos em Saúde Mental

NUPESCO - Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva

OCDE - Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAREPS - Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PEPS - Polos de Educação Permanente em Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

SPA - Substâncias Psicoativas

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ANEXO

Anexo 1 – Certificado de Apresentação e Apreciação Ética.....	245
--	------------

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I: A viagem do Doutorado Sanduíche: a viagem em mim.....	231
APÊNDICE II: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS.....	235
APÊNDICE III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	237
APÊNDICE IV: TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....	241

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198/2004.....	87
Figura 02: Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 1996/2007.....	85
Figura 03: Comparativo da Portaria MS-GM nº 198/04 e Portaria MS-GM nº 1996/07. Aspectos selecionados.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Apresentação da síntese de estudos quanto à referência, ao ano, ao delineamento e aos participantes e ao desfecho.....	98
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
INTRODUÇÃO.....	25
O MEU LUGAR DE FALA.....	27
INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA.....	33
OBJETIVO GERAL.....	43
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	47
CAPÍTULO I: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A ANÁLISE INSTITUCIONAL E A SOCIOCLÍNICA.....	49
CAPÍTULO II: A ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	65
CAPÍTULO III: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	73
O caminhar pela trajetória de institucionalização da EPS.....	75
Contextualização da EPS em pra formação em saúde mental.....	95
CAPÍTULO IV: O CONTEXTO POLÍTICO DE PRODUÇÃO DESTA TESE E MINHA IMPLICAÇÃO POLÍTICO.....	107
METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	113
CAPÍTULO V: METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	115
Tipo de Pesquisa.....	115
O contexto do estudo.....	116
O processo da pesquisa-intervenção.....	117
Instrumentos para produção de dados.....	121
Momento de análise.....	124
Considerações éticas.....	125
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	129
CAPÍTULO VI: O PROCESSO DE ENTRADA EM CAMPO.....	131
A inclusão da gestão no processo decisório de escolha das unidades enquanto um dispositivo analítico.....	131
Análise da encomenda e demanda na Educação Permanente em Saúde e os movimentos de resistência.....	136
CAPÍTULO VII: O TRABALHO DAS IMPLICAÇÕES PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS.....	154

CAPÍTULO VIII: A TRANSFORMAÇÃO DA COMPREENSÃO DE EPS PELA AÇÃO DE FAZER EPS.....	162
CAPÍTULO IX: DISPOSITIVOS CRIADOS E O DISPOSITIVO ENQUANTO ANALISADOR.....	169
CAPÍTULO X: A EPS COMO FORÇA INSTITUINTE NO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA EM SAÚDE/SAÚDE MENTAL.....	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	203
REFERÊNCIAS.....	209
APÊNDICES.....	229
ANEXOS.....	243

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Proponho com este trabalho utilizar os princípios da Socioclínica Institucional como potência para o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) para formação em saúde mental no contexto da Atenção Básica (AB). Assim, no decorrer dos resultados e discussão, aponto 15 pistas - numeradas didaticamente - facilitadoras para a vivência em EPS, como apontamentos para o leitor atentar-se.

Esclareço que durante a leitura haverá momentos de escrita em primeira pessoa do singular e outros, em primeira pessoa do plural, pois considerando o referencial teórico utilizado, há processos vivenciados sozinha e outros a partir do coletivo ou apontando reflexões.

Para compreensão do leitor acerca da minha escolha pela temática em questão, inicio a Introdução desta tese a partir da contextualização do meu lugar de fala e de minha trajetória, para em seguida delinear o problema de pesquisa e apresentar o objeto geral e objetivos específicos da tese. Em seguida, apresento dez capítulos, referentes aos aspectos teóricos, teórico-metodológicos, resultados e discussão, encerrando com as considerações finais e referências utilizadas para compor esta tese, além dos elementos pós-textuais.

A partir desta contextualização, inicio a apresentação de conceitos importantes acerca do marco teórico conceitual que fundamentaram a produção e análise dos dados. Desse modo, apresento o **primeiro capítulo** com aspectos conceituais acerca do Referencial teórico da Análise Institucional (AI) e da Socioclínica.

No **segundo capítulo**, trago reflexões acerca do cuidado em saúde mental na AB no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir de uma contextualização histórica do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, da Política Nacional de Humanização e do cuidado em rede, considerando a AB como serviço essencial nesse processo.

No **terceiro capítulo**, abordamos a EPS e sua trajetória de institucionalização, apresentando a trajetória histórica da inserção desta pedagogia na formação dos trabalhadores da saúde no contexto nacional. Ainda neste capítulo, por meio de uma revisão integrativa, contextualizamos o que tem sido publicado acerca de EPS para formação em saúde mental, em que concluímos que não há nenhum estudo que aborde EPS para formação em saúde mental guiada pelos princípios da socioclínica – constatando a necessidade desta pesquisa.

Considerando que esta pesquisa se deu em um determinado tempo histórico e por se tratar de uma política pública, no **quarto capítulo** considero importante trazer o cenário político nacional. Nesse capítulo, assumo minha implicação ideológica sob o aspecto das

concepções políticas de esquerda acerca do modo de olhar o mundo e, portanto, descrevo minhas reflexões e avaliações a partir desse lugar.

A partir desse raciocínio, no **quinto capítulo** apresento a metodologia e a estratégia de ação, descrevendo os caminhos percorridos para produção e análise dos dados, como a entrada em campo, os dispositivos criados e utilizados enquanto instrumentos de pesquisa, tratamentos e análise dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

No **sexto capítulo**, inicio os resultados e a discussão da tese, começando pelo processo de entrada em campo, discutindo sobre os efeitos da inclusão da gestão no processo decisório de escolha das unidades participantes e, em seguida, aponto a importância da análise de encomenda e demanda no processo de EPS e, neste estudo, EPS para formação em saúde mental na AB, assim como os movimentos de resistência gerados nesse momento da pesquisa.

No **sétimo capítulo** apresento a análise das minhas implicações ao ser facilitadora da EPS para formação em saúde mental na AB, assim como reflexões sobre os atravessamentos institucionais. Em seguida, no **oitavo capítulo**, refletimos sobre a transformação da compreensão de EPS pelo fazer, ou seja, pela EPS em ato e no mundo do trabalho

O **nono capítulo** versa sobre os dispositivos naturais e criados e a possibilidade do dispositivo provocar o surgimento de analisadores, revelando modos instituídos no cotidiano de práticas.

Encerramos os resultados com o **décimo capítulo**, apontando as mudanças no trabalho e a EPS para formação em saúde mental na AB, como força instituinte para possíveis transformações no cuidado em saúde/saúde mental, por meio do movimento de olhar para o mundo do trabalho e para si mesmo.

Para finalização desta tese, nas **considerações finais** retomo a ideia central desta tese, ou seja, a EPS para formação em saúde mental, realizando uma síntese dos principais elementos do texto, sustentando a resposta às questões apresentadas na introdução do problema de pesquisa.

.

Introdução

INTRODUÇÃO

Entendo que a leitura da minha trajetória como movimento anterior à aproximação do meu objeto de estudo e das minhas análises, assim como do que estou sustentando aqui enquanto tese, possibilita que o leitor vivencie outro processo de experimentação da leitura, uma vez que ele também passa a entender o porquê das escolhas, não só como um caminho acadêmico, mas também como uma decisão que pertence ao meu lugar de fala.

Desse modo, a introdução foi dividida em dois momentos: o primeiro apresenta minha trajetória pessoal e profissional e o segundo, a introdução do problema de pesquisa.

O meu lugar de fala

“Sou um caçador de achadouros da infância. Vou meio dementado e enxada às costas cavar no meu quintal vestígios dos meninos que fomos” (Manoel de Barros)

“As coisas me ampliaram para menos” (Manoel de Barros)

“Eu queria avançar para o começo, chegar ao criancimento das palavras” (Manoel de Barros)

Não sou uma leitora assídua de poesia, sou principiante; sou criança nesse mundo do encantamento pelas palavras. Entretanto, na trajetória do doutorado e de vivenciar a EPS, me “encontrei” com Manoel de Barros, e elegi este escritor e poeta como meu companheiro de leituras para os momentos de pausa e de busca pela sensibilidade para a escrita, para o olhar para mim e para o mundo.

Por meio dessas leituras aparentemente “insignificantes”¹ frente às diversas outras necessárias para compor a tese, tenho conseguido² compreender com leveza e também com um pouco de dor, meu lugar de fala e as instituições às quais eu pertencço.

Entender “meu lugar de fala” a partir da leitura de Djamila Ribeiro³, me fez repensar minha trajetória e, conseqüentemente, minhas afecções, me desafiando a produzir deslocamentos e outras conexões. Um exercício de compreensão do meu lugar de fala, de

¹ Manoel de Barros traz em muitas poesias a valorização do insignificante, das miudezas do cotidiano, aquilo que naturalizamos, que deixamos de perceber ao longo dos anos.

² Ressalto aqui a incompletude do aprendizado

³ Autora do Livro “O que é lugar de fala?”- Partindo de obras de feministas negras como Patricia Hill Collins, Grada Kilomba, Lélia Gonzalez, Luiza Bairros, Sueli Carneiro, o livro aborda, pela perspectiva do feminismo negro, a urgência pela quebra dos silêncios instituídos e nos provoca a pensar as condições sociais que determinam escolhas e visões de mundo.

olhar para as instituições que marcaram minha vida pessoal e profissional, vê-las, revê-las e transvê-las, recontextualizando minha trajetória coletiva e subjetiva, através de um novo olhar: o olhar a partir da Análise Institucional.

Nasci em Santa Helena de Goiás, no Estado de Goiás, e ainda criança fui para Mato Grosso. Fui criada em uma cidade muito pequena de nome grande – São José dos Quatro Marcos, grande também na sua capacidade de acolhimento. Por muito tempo eu fui criada em meio a terra, pássaros, riachos, árvores e animais, em um contexto de belezas e pequenas coisas “insignificantes”. Tenho uma irmã mais velha e somos filhas de professores de Ensino Fundamental. Tanto na minha família materna quanto na paterna, somente minha mãe e meu pai conseguiram estudar no início da idade adulta. Ou seja, era um contexto em que a formação não era incentivada, mas também o acesso ao Ensino Superior era dificultado pela renda e localização geográfica. Para minha mãe, enquanto sujeito-mulher, as condições eram piores, pois em um cenário heteronormativo, não havia espaços para voz feminina.

A minha criação seguiu uma normativa em que a última palavra era do meu pai, sujeito-homem. Que mesmo cheio de amor, gargalhadas e abraços afetuosos, mantinha e reproduzia um jeito de amar relacionado a uma postura de homem bravo e resistente. Já minha mãe, sempre foi amor e delicadeza.

Ainda no terceiro ano do Ensino Médio, fui aprovada para o curso de enfermagem em uma universidade pública. Começo nesse período os meus primeiros e tímidos enfrentamentos. Afinal, como ainda não estava certa dessa escolha, tive que dizer aos meus pais com muita dificuldade que não cursaria enfermagem naquele momento. Comecei então a ser passarinho. Saí de casa para estudar aos 17 anos com consentimento dos meus pais, desde que residisse com uma tia. Retorno a Goiás e também às minhas primeiras raízes.

Em 2002, fui aprovada novamente em Enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso e, no mesmo mês, perdi meu pai. Eu tinha 17 anos e ele 45 quando faleceu. Escolhi, ainda com algumas incertezas, cursar enfermagem.

Nesse momento, começa minha identificação pela saúde mental, talvez por ter sido um espaço também de autocuidado em um momento de fragilidade emocional. Foi por meio da saúde mental que passei a me identificar com a enfermagem e ver diversas possibilidades de praticar o cuidado. Em um momento que eu vivenciava o luto da perda do meu pai, transitando entre os sentimentos de tristeza, culpa e raiva⁴, a enfermagem começa a despertar encantamentos em mim e isso a fez importante.

⁴ Fases do luto: Estado de impacto ou choque; Negação da perda; Tristeza profunda; Culpa; Raiva; Aceitação.

“[...] Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós” Manoel de Barros.

Foi durante a graduação, estando fora de “casa”, que comecei a entender que o desejo de ser passarinho requisitava também repensar comportamentos e abandonar outros. Aproximar dos conceitos de autonomia e cidadania como finalidade do trabalho no modelo de Atenção Psicossocial também me ajudou a ser passarinho. O simbolismo do passarinho era muito mais do que liberdade para mim e para a saúde mental.

Fui a primeira aluna da Faculdade de Enfermagem da UNEMAT a receber a bolsa de Iniciação Científica e, vivenciando essa experiência da pesquisa, começo meu terceiro encantamento: o de ser professora e pesquisadora, um desejo latente que, na verdade, já habitava em mim, porém ainda não havia sido considerado importante, pela ausência do encantamento. Conhecer e entender as escolhas requerem conhecer e entender as condições e constituições do meu contexto, do meu lugar de fala e como fui me tornando quem sou. Afinal, sou filha de professores. A educação enquanto instituição esteve sempre presente na minha vida e isso também determinou minhas escolhas.

Ao encerrar esse ciclo da graduação, como tentativa de retornar a Goiás novamente, fui ser passarinho em Barra do Garças, cidade de Mato Grosso, divisa com Estado de Goiás, e muito próxima da cidade onde nasci e onde minha avó materna e alguns tios ainda moram. Fui aprovada em um concurso municipal e trabalhei durante cinco meses na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Vivenciei as dificuldades e encantamentos da prática. Desconstruí alguns pressupostos e julgamentos e construí outros; dentre eles, o olhar para a saúde mental na AB e em Rede, mesmo ainda sem entender o conceito de Rede em sua complexidade.

Mesmo como enfermeira de ESF, ainda havia o desejo de ser professora, havia uma implicação histórico-existencial com efeitos nas minhas escolhas que eu ainda não sabia. Esse envolvimento psicoafetivo com a docência, mas muito mais histórico-existencial, determinou alguns caminhos e escolhas, em que a primeira delas, foi abandonar a ESF, para entrar na Pós-Graduação. Uso o verbo “abandonar”, pois de certo modo, era essa sensação que eu tinha: que eu estava abandonando algo que eu queria, que percorri um caminho para conquistar, mas que estava relacionada também ao medo e à insegurança de deixar algo, por algo que ainda era incerto.

Isso implicou em solicitar exoneração em um concurso e informar a família sobre a decisão pela formação acadêmica, ainda pouco valorizada no meu contexto familiar. Precisei romper com convencionanismos e enfrentar o desapontamento da minha mãe, que mesmo

incentivando minha decisão, não compreendia o abandono de um concurso. Tentar ser passarinho tem dessas coisas mesmo! Eu já estava em metamorfose.

Ao ingressar no Mestrado em 2007, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN- UFMT), inicio uma imersão não só teórica, mas em mim mesma. O primeiro contato com o Materialismo Histórico Dialético e com o Processo de trabalho, também por meio da construção da minha dissertação “O processo de trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial”, provocou em mim o primeiro olhar para as instituições, para o meu lugar de fala. O movimento de ampliação do olhar para “o louco” localizado socialmente, também ampliou a minha compreensão de mundo, dos meus privilégios. Como falar e estudar o processo da Reforma Psiquiátrica enquanto um processo civilizatório de construção de autonomia, enquanto uma prática coletiva, sem me colocar nesse processo? Ou como olhar para a indústria da loucura, sem entender o capitalismo? Assim, a visão de mundo, enquanto construção social da realidade, é determinante para a nossa relação com o mundo e nosso modo de trabalho.

Portanto, os primeiros passos na Pós-graduação, iniciados por um referencial crítico, provocou em mim crises, mas também redirecionou meu caminho enquanto sujeito-mulher, uma vez que eu não vinha de um contexto de formação crítico-reflexiva.

Encerrei o ciclo do mestrado e iniciei o ciclo de psicoterapia. Afinal, recordando das palavras da minha orientadora de mestrado “esse é o intuito da Pós-graduação: é nos provocar; não dá pra sair do mesmo modo que entramos”. Em meio a esse processo de autoconhecimento, iniciei um novo ciclo com a aprovação no concurso para docente da FAEN-UFMT. A concretude de um desejo/sonho construído ainda na infância tem mais importância ainda, pois eu tenho uma implicação afetiva com a UFMT, espaço onde construí os primeiros laços cuiabanos de amizade.

Na referida universidade comecei efetivamente meu caminhar para docência e minha trajetória pela saúde mental, a partir da(s): criação do Fórum Permanente de discussão em saúde mental juntamente com o grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM); assessoria na reformulação do Projeto Terapêutico Institucional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como atividade não vinculada ao trabalho acadêmico; participação em rodas de discussão e formação em serviço, mesmo em afastamento para o doutorado; parcerias que construí com o Escritório Regional da Baixada Cuiabana, com participações em reuniões e rodas de conversa; além da organização de manifestações, como o Dia da Luta Antimanicomial.

Tenho uma vinculação com o universo da política desde criança, por sempre ter tido

meus pais e pessoas próximas a mim envolvidas com o poder Legislativo e Executivo. E, assim, fui construindo minhas identificações político-ideológicas.

A minha formação enquanto docente, enquanto funcionária pública, enquanto enfermeira e mulher que saiu de casa aos 17 anos para estudar, foi aos poucos construindo relações com a formação, em que passei a entender que formação (do outro e minha) tem a ver com rever práticas, lugar de fala, instituições que “atravessam” minha trajetória, hábitos, comportamentos, atitudes e ideologias.

Desde minha inserção na carreira docente, desenvolvi práticas militantes em saúde mental, por meio de projetos de extensão universitária, pautados na Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo atividades com os discentes, voltadas para o trabalho com usuário, familiares e trabalhadores. Porém, por muitos anos, essas práticas de extensão, assim como as aulas prática e o desenvolvimento de pesquisa, aconteciam apenas em serviços específicos de saúde mental, como os CAPS e ambulatórios de psiquiatria até que, por meio da inserção no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), saúde mental, crack, álcool e outras drogas e depois, com PET-Rede de atenção psicossocial, como tutora, passamos a vislumbrar não só novas possibilidades de cuidado, como também de formação de profissionais e acadêmicos. Nesse contexto, iniciei estudos sobre grupos e sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e um processo “tímido” de formação de equipes de dois CAPS (um no município de Várzea Grande-MT e o outro em Cuiabá-MT).

Durante a formação, as reflexões produzidas com a equipe refletiram na minha prática docente em sala de aula, revendo a prática e as metodologias utilizadas, em que aos poucos fui abandonando o giz e quadro negro ou *slides* e migrando para práticas como dramatizações, discussões de textos, poesias e música, construção conjunta de conceitos, novas estratégias de aulas práticas em que os alunos passaram a planejar, executar e atividades grupais nos serviço, além da utilização do Projeto Terapêutico Singular⁵(PTS) como estratégia de construção de autonomia, que já utilizamos anteriormente.

Do mesmo modo que a formação com a equipe refletia na minha prática docente, a mudança no caminhar do ensino na graduação também refletia na formação e na inserção como tutora do PET-Saúde.

A partir da EPS iniciada no CAPS, começamos a nos aproximar de um serviço de AB com discussões acerca da Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado em saúde mental na AB,

⁵ O PTS é uma ferramenta de trabalho construída a partir das práticas de saúde mental e oficializada pelo Ministério da Saúde em 2004, por meio da política do HumanizaSUS - Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

circunstância a partir da qual retomo meu desejo construído ainda como enfermeira da ESF em Barra do Garças.

Durante essa vivência, não só me questionava acerca da carência em relação à formação em saúde mental, como também, o porquê dessa dificuldade, o que atravessava esse caminhar, quais instituições presentes nesse contexto que favoreciam ou não o modo de trabalho psicossocial e como poderia, naquele contexto, propiciar modificações ou mobilizações por meio da formação e estimular autogestão e autoanálise pelo e no trabalho.

Esse movimento contínuo e inacabado de romper com minha formação inicial formatada para um determinado raciocínio, ação e reação, como uma produção em série voltada para a lógica capitalista – caracterizada pela formação de sujeitos e subjetividades em série, em que a reflexão e a crítica não são bem-vindas –, foi intensificado durante o Doutorado, momento em que tive o primeiro contato com a Análise Institucional e socioclínica, compreendendo melhor alguns aspectos da minha trajetória, assim como a trajetória descrita aqui, culminando com a escolha desta pesquisa.

Buscava naquele momento, uma linha de pesquisa não mais restrita à saúde mental. Ser passarinho requer sair dos galhos estruturados de saúde mental, para sobrevoar outras perspectivas, mesmo que vez ou outra precise retornar e pousar nessas “estruturas”.

Uma nova abordagem à saúde mental, um novo modo de cuidar que respeite a subjetividade, a autonomia e empoderamento do usuário, requer uma construção coletiva e um fazer comunitário, além dos serviços específicos de saúde mental, como os CAPS, por exemplo.

Nesse momento, também busquei formação pela EPS em movimento, como um curso de especialização e aperfeiçoamento como convênio entre o EducaSaúde (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Ministério da Saúde), com o objetivo de ativar processos de EPS nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando produções de novos sentidos no fazer em saúde⁶.

Ainda nesse processo de vivência no Doutorado, tive a oportunidade de realizar o estágio Sanduíche (Apêndice I)⁷ na França sob orientação do Professor Gilles Monceau. Esse momento foi essencial para o aprofundamento no referencial teórico e em mim. Realizar o estágio de “Doutorado Sanduíche” naquele país no período de quatro meses, talvez tenha sido

⁶ www.eps.otics.org ; www.ufrgs.br/educasaude/eps/

⁷ Neste apêndice constam algumas reflexões sobre a vivência no “Doutorado Sanduíche”, a partir de uma perspectiva que não se limita à perspectiva acadêmica.

importante para minha formação acadêmica e escrita da tese, tanto quanto para minha formação pessoal e psicoemocional.

Portanto, este estudo foi construído a partir de um lugar de pesquisadora implicada e militante ou, por vezes, sobreimplicada pela sua militância e especialidade em saúde mental. Tenho uma implicação afetiva, histórico-existencial e estrutural-profissional com práticas de saúde mental pautadas na Atenção Psicossocial, por todo desenvolvimento afetivo e engajamento que construí na minha trajetória, que também se estendeu para meu trabalho como docente.

Esse saber militante, que é individual e coletivo, provocou interrogações acerca das minhas práticas e modos de agir. Vivenciar o processo de EPS, por meio da socioclínica e da experiência de construir uma tese, me possibilitou reconhecer novos sentidos do fazer e do cotidiano de práticas.

“Contaminada” por esse movimento de questionamento (em mim) da formação e dos diversos modos e possibilidades de cuidado em saúde mental, enveredei pelo caminho da pesquisa-intervenção, ou melhor, a EPS como intervenção, como estratégia de “transver o mundo” e a socioclínica como potencializadora da Educação Permanente em saúde mental na AB. E assim, cá estou, mexida, mobilizada, implicada e, por vezes, sobreimplicada.

Introdução ao problema de pesquisa

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, que institui a PNEPS como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento do trabalho, considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde (BRASIL, 2009).

A EPS, enquanto Política nacional, foi pensada a partir dos princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde desde a Reforma Sanitária (MISHIMA, et. al, 2015), considerando o fortalecimento da descentralização, da gestão setorial e do desenvolvimento de estratégias que atendam a finalidade de cuidado a partir da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e da participação social nas decisões políticas do SUS.

A Constituição Federal de 1988, instituída a partir da Reforma Sanitária, busca romper com a tradição do modelo assistencial-paternalista e passa a direcionar as políticas públicas para atender a finalidade de defender e afirmar a defesa e a afirmação da democracia, da cidadania e dos direitos humanos e sociais. Dessa forma, diante desse contexto institucional,

há uma nova demanda para formação no trabalho e pelo trabalho (CECCIM, 2004; DALPIAZ, 2015).

O movimento da Reforma Sanitária também influenciou outros movimentos e mobilizações sociais, como o processo da Reforma Psiquiátrica que, apesar de contemporâneo àquela reforma, buscavam mudanças não apenas de ordem administrativa, mas também qualitativas referentes ao modelo de atenção à saúde com protagonismo de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde no processo de gestão e produção do cuidado. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica tem uma história própria inscrita em um contexto internacional (BRASIL, 2005; OLIVEIRA, 2003).

Sendo assim, havia uma demanda, inicialmente do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), de transformação de práticas e modos instituídos de trabalho em todos os níveis de atenção, uma vez que a lógica de trabalho passa a ser direcionada por meios inclusivos e participativos, tanto referente aos profissionais, quanto aos usuários dos serviços. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica se configura como um processo lento, complexo e não linear (MINÓIA; MINOZZO, 2015; AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social complexo que envolve diversos âmbitos, dentre eles, os aspectos jurídico-políticos, sócio-culturais, técnico-assistenciais e teórico-conceituais, portanto, também se configura na crítica e reflexão acerca da formação e das práticas, voltando-se para desconstrução de crenças e de modos instituídos de cuidado (AMARANTE, 2007). Desse modo, diante desse contexto institucional, há uma nova demanda para formação no trabalho e pelo trabalho (CECCIM, 2004; DALPIAZ, 2015).

Diante disso, considerando que a EPS foi pensada e fundamentada a partir de conceitos como a pedagogia problematizadora, aprendizagem significativa e o trabalho como eixo estruturante (BRASIL, 2004), entendo que esta estratégia pode ser um caminho para formação em serviço.

A pedagogia problematizadora é baseada em metodologias ativas, em que o processo de construção do conhecimento é baseado no coletivo, no singular e na contextualização das práticas, pautado numa relação dialógica e dialética, entre o facilitador da EPS e grupo, em um movimento de aprendizagem conjunta e significativa, ou seja, considerando o conhecimento prévio de todos os envolvidos para a (re)formulação de um novo saber, de forma que faça sentido em suas práticas cotidianas. A aprendizagem significativa, também requer que a prática de EPS esteja baseada na auto-análise e reflexão crítica acerca da realidade do cotidiano (DAVINI, 1995; BRASIL, 2004c).

Dalpiaz (2015) também aponta que a EPS está enraizada no fundamento filosófico do

inacabamento do homem e, portanto, busca instaurar condições para questionar situações profissionais singulares instituídas, provocando movimentos instituintes nas práticas e discursos de sujeitos e de organizações envolvidos no processo de EPS.

Desse modo, entendo que a EPS é uma proposta de aprendizado importante e necessária para que o trabalhador seja parte do processo e a formação – também voltada para os problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano da produção do cuidado, da gestão, da formação dos trabalhadores para o SUS e da participação e controle social – possibilite construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações do cotidiano, descentralização e disseminação da capacidade pedagógica entre gestores e trabalhadores, operando na micropolítica do processo de trabalho, oportunidade em que a transformação das práticas de saúde e da formação profissional em saúde passam a ser produzidas em conjunto (FORTUNA et. al, 2011; CECIM, 2005a; 2005 b).

Entendendo esse movimento de novas práticas e a inclusão de novos serviços a partir da Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento social complexo (AMARANTE, 2007), requer uma formação em que o trabalho seja o eixo estruturante para o aprendizado pelo contexto dos serviços e cotidiano de práticas, pressupondo a participação ativa dos trabalhadores. Assim, aponto com esta tese caminhos para formação dos profissionais e minha, construída pelo trabalho e pela problematização do contexto.

A partir das novas políticas e diretrizes voltadas para o modelo de atenção psicossocial, que busca a reinserção social e construção de autonomia do usuário em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005), outros profissionais da saúde são convocados para intervir no processo de reabilitação de pessoas que vivenciam um sofrimento, seja pela audição de vozes, angústias, uso de substâncias psicoativas (SPA) e demais alterações psíquicas (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Assim, o hospital psiquiátrico deixa de ser o centro da assistência e passa a ser substituído por serviços (LANCETTI; AMARANTE, 2009) capazes de formar uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dentre os serviços que compõem a RAPS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um componente essencial para o cuidado em rede, uma vez que sua criação está pautada nos princípios de universalização do acesso, consolidação do processo de descentralização, territorialização, vínculo com a população, trabalho em equipe e participação democrática e solidária da comunidade (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A EPS é uma das estratégias que pode favorecer a ampliação do cuidado em saúde mental no que tange aos serviços de saúde/rede, mas também do olhar para compreensão

acerca de saúde mental e das diversas possibilidades de ferramentas de trabalho psicossociais, uma vez que possibilita reflexão cotidiana, análise coletiva dos processos de trabalho e responsabilização mútua pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência (FORTUNA et. al; 2011; SILVA, 2010).

Por meio de estratégias de formação, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) vêm direcionando as políticas e orientações para a descentralização do cuidado, ou seja, priorizar o cuidado em saúde mental em rede e incluir ou qualificar as ações de saúde mental na AB (BRASIL, 2013, 2017; OMS, 2008), enquanto um movimento instituinte para transformação do cuidado em saúde mental. A ESF é criada como eixo estruturante do sistema, pois funciona como porta de entrada para rede, mas também gerencia, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção (GAZIGNATO; CASTRO-SILVA, 2014).

Embora o estabelecimento da parceria entre os diferentes dispositivos de atenção à saúde seja essencial para efetivação da Reforma Psiquiátrica e atenção integral do ser humano, as dificuldades são reais. Apesar do Ministério da Saúde incluir ações de saúde mental na AB, essa realidade ainda é pouco frequente (BRASIL, 2013; DELFINI et al., 2009; TANAKA; RIBEIRO, 2009; MÂNGIA, 2009; JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013; BEZERRA et al., 2014).

Os estudos têm apontado que a articulação entre os serviços é pouco efetiva ou praticamente inexistente: falta suporte técnico especializado para atender em saúde mental; formação frágil ou inexistente dos trabalhadores; os processos de trabalho são fragmentados e centrados na medicação, gerando descontinuidade dos tratamentos e desresponsabilização profissional, de maneira que muitos se limitam à identificação e ao encaminhamento, denotando fragilidade na orientação, na promoção da reinserção social e na construção de vínculo; os diálogos, quando existentes entre os serviços, são superficiais; o cuidado à pessoa em sofrimento mental ainda é centralizado nos serviços específicos de saúde mental; apesar da consolidação de algumas propostas da Reforma Psiquiátrica, algumas práticas ainda são pautadas em um projeto anterior e limitadas no que concerne a possibilidades de cuidado (DIMENSTEIN et al 2009; ARONA, 2009; PRESTES et. al, 2011; PENIDO, 2015; JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013; BEZERRA et al., 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013; SOBRAL; CAMPOS, 2012; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; SOUZA et al., 2012; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; ESLABÃO et. al, 2017; PENIDO, 2018).

Apesar das resistências⁸, essa “mudança” no cuidado em saúde mental já esta em curso em muitos lugares no Brasil e no mundo, uma vez que há uma compreensão acerca da necessidade não só da inclusão de saúde mental na AB, mas também transformações conceituais, paradigmáticas e epistemológicas de novos modos de operar (HIRDES; SCARPARO, 2015), que também amplie o olhar para saúde mental, considerando práticas de promoção à saúde mental.

Importo-me em esclarecer que as resistências dos serviços de AB em relação à inclusão e ampliação do olhar para as ações de saúde mental neste âmbito de atenção, também se dão diante do imperativo de práticas e pesquisas muitas vezes descontextualizadas e impositivas. Interpretar essa resistência da AB, somente a partir desse sentido de que os serviços “resistem” a práticas de saúde mental, enquanto negação dessa prática, pode limitar o cuidado em rede e dificultar mais o processo de ampliação do olhar para a saúde mental, enquanto não limitada à especificidade. Portanto, do ponto de vista histórico, é importante entender esse posicionamento de afastamento bem como o modo como nos inserimos nesses espaços, com o apontamento de práticas a serem implementadas/criadas/recriadas.

A maioria dos estudos anteriormente mencionados, ao discutir saúde mental na AB, pauta-se na compreensão de SM apenas como especificidade. Não estou aqui desconsiderando a importância do olhar apurado para a manifestação de sinais e sintomas decorrentes de transtornos mentais, inclusive o seu acompanhamento na AB, porém buscando ampliar a noção e cuidado em saúde mental, voltado não só para a especificidade, mas para todos os modos de sofrimento psicoemocionais como parte da integralidade dos sujeitos, assim como ações de promoção à saúde mental como, por exemplo, orientação e acolhimento diante da chegada de um filho ou, anterior a isso, na atenção ao desejo e conflito de ser pai e/ou mãe.

A criação de novas estratégias de cuidado, repensando o sujeito em sofrimento psíquico como um cidadão de direitos, com necessidades que vão além da “doença”, implica em um cuidado responsabilizado e corresponsabilizado, em que tanto o profissional, quanto o usuário são atores do processo.

Nessa perspectiva, é necessário refletir sobre o que a equipe já realiza enquanto prática diária, para que a partir desse olhar possa aproximar do tema “saúde mental” e da compreensão de que muitas intervenções e cuidados já estão vinculados ao cotidiano (BRASIL, 2013) e que outras mais são possíveis à medida que ampliamos o olhar para o

⁸ No capítulo VI discutiremos acerca dos significados de resistência. Neste contexto resistência não se refere à força social em oposição ao poder (como força oposta), mas sim como um movimento conservador (MONCEAU, 1997; DOBIES, 2016).

cuidado em saúde mental que não é baseado somente na doença e na medicação, mas no contexto, nos aspectos sociais do sujeito.

O cuidado em saúde mental na AB ainda segue uma tendência biologicista, em que o encaminhamento é visto como uma estratégia de cuidado realizado isoladamente, desconsiderando a responsabilidade do serviço pelo usuário (MARTINS *et. al*, 2015; CAVALCANTE *et. al*, 2011). O encaminhamento do usuário para serviços especializados, transferindo a responsabilidade do cuidado, dificulta a construção de ações conjuntas (PRESTES *et. al*, 2011; MACHADO; CAMATTA, 2013). A articulação em rede supera o conceito de centralidade de cuidados e oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços (CHIAVAGATTI *et al.*, 2012).

O encaminhamento para outro serviço, mesmo em situações que podem e devem ser acompanhadas por uma Unidade Básica de Saúde, pode estar relacionado ao sentimento de incapacidade para lidar com a demanda de saúde mental (GRYSCHEK; PINTO, 2015; PENIDO, 2015) ou resultante de processos de formação no trabalho que acontecem de modo descontextualizado, não favorecendo a participação e a compreensão, considerando as complexidades e facilitadores do processo de trabalho para o cuidado em saúde mental.

A resistência da ESF em relação à ampliação do olhar em saúde mental pode estar relacionada à falta de capacitação e formação permanente em serviço (ESLABÃO, 2017), à formação biologicista frágil no que tange à Atenção Psicossocial e à promoção da saúde mental e à imposição de “especialistas” em saúde mental, com a proposição de práticas voltadas apenas para usuários com diagnósticos psiquiátricos.

Frente a isso, estudos têm apontado a necessidade de mais investimento em espaços de formação em saúde mental na AB, para atender todas as demandas sociais, considerando a integralidade dos sujeitos (GAZIGNATO; CASTRO-SILVA, 2014; MARTINS *et. al*, 2015) e os modos de aprendizagem contextualizados e problematizadores.

Para que haja a ampliação da compreensão e olhar para saúde mental enquanto cuidado integrado à prática e a integralidade do sujeito é necessário que a formação seja pautada na reflexão do processo de trabalho pautado no modelo de Atenção Psicossocial e que seja um construção coletiva, não impositiva.

As capacitações voltadas para saúde mental, muitas vezes são pautadas no modelo biomédico/psiquiátrico, enfatizando diagnóstico dos transtornos mentais e tratamento medicamentoso, além de acontecer de modo descontextualizado (PENIDO; PASSOS; ANDRADE, 2015).

Diante desse contexto, entendemos que as capacitações não se mostram eficazes para

possibilitar a mudança de prática e a incorporação de novos conceitos, por tratarem de maneira descontextualizada e basearem-se apenas na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2004).

Penido, Passos e Andrade (2015) apontam que a EPS é um passo posterior à superação do quantitativo de encaminhamentos aos serviços específicos de saúde mental, pois abre possibilidade de discutir aspectos qualitativos do cuidado em saúde/saúde mental, assim como de usuários que permanecem apenas sob o cuidado da ESF. A EPS pode possibilitar esse olhar qualificado para o contexto e para a prática, efetuando relações entre ensino e ações/serviços, uma vez que acontece por meio de uma aprendizagem problematizadora e contextualizada (BRASIL, 2009).

Os modos de formação devem agir na biopotência dos encontros, sejam eles entre trabalhador e usuário ou no trabalho em equipe, como meio de construir conhecimento pelo trabalho, pelo encontro com o outro, em um processo de experimentar o novo e produzir-se em um território de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento que é executado, produzindo cuidado, como espaço horizontalizado de formação e criação (ABRAHÃO; MERHY, 2014; MERHY, 2002).

Para tanto, é necessário que haja uma formação que nos questione, que nos faça revisitar nossa prática, olhar para as instituições que atravessam o mundo do trabalho, para que tenhamos potência suficiente para desnaturalizar o que está instituído e dado como “certo”, como “melhor”.

Transformar práticas, conceitos, paradigmas e modelos de trabalho implica também em analisar as instituições que compõem essa construção histórica da formação e do cuidado em saúde/saúde mental, assim como em avaliar quais são as interferências institucionais no processo de formação participativo, inclusivo, crítico e horizontalizado.

Assim como a EPS, o eixo estruturante da socioclínica também é o trabalho. A educação para o trabalho e pelo trabalho é a matriz qualificadora da EPS e da assistência à saúde, pressupondo a participação ativa dos trabalhadores em seu próprio processo de aprendizagem (CARDOSO et al, 2017). Para a Análise Institucional (AI)/socioclínica, a prática profissional inclui maneiras de se relacionar no coletivo do trabalho, com as instituições, de pensar essas relações e de atribuir valores, sendo constituída por um conjunto de atualização das implicações profissionais do sujeito (MONCEAU, 2015).

Para tanto, Monceau (2002) propõe oito princípios norteadores da socioclínica que utilizamos durante esta pesquisa: análise da encomenda e demanda; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida

que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção de produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e interferências institucionais (MONCEAU, 2002).

Nesse sentido, o sujeito individual e/ou coletivo pode problematizar seu cotidiano de trabalho, se reconhecendo implicado com os aspectos e instituições aos quais questiona (DALPIAZ, 2015).

A EPS pode ser uma prática que mobiliza desterritorialização na equipe, à medida que vai produzindo reflexão e autoanálise, mas também pode ser capturada por modelos instituídos e por olhares especializados para saúde mental enquanto especificidade, direcionando para uma formação mais objetiva, positivista, com poucas flexibilidades e possibilidades de fala ou de criação no grupo e pelo grupo. Sendo assim, consideramos que a Socioclínica Institucional, enquanto direcionadora de um processo de formação em saúde por meio da EPS guiado pelos princípios da socioclínica, pode favorecer ou facilitar movimentos de olhar e perceber essas capturas de modos instituintes no cotidiano.

Além disso, ter na EPS como formação em saúde mental o trabalho como eixo estruturante e pressupor a participação ativa dos trabalhadores no processo de aprendizagem na busca pela transformação das práticas são princípios convergentes com a AI e a socioclínica.

Sendo assim, escolhemos os princípios da Socioclínica Institucional para direcionar o processo de EPS e nos questionamos: Como a socioclínica pode potencializar o processo de EPS para formação (em serviço) em saúde mental na AB? De que maneira a socioclínica pode apontar caminhos para a análise e para a produção do conhecimento no trabalho e pelo trabalho? Analisar as instituições que nos atravessam, assim como as minhas implicações, podem contribuir para o processo de formação?

Melo (2017) já aponta em sua tese que a análise da implicação profissional foi capaz de potencializar o desenvolvimento da EPS, porém aponta a necessidade de investimentos acerca da análise de implicação afetivo-libidinal, tanto no apoio institucional como na articulação de EPS.

Também nos questionamos: Vivenciar um processo de EPS guiado pela socioclínica possibilitará a revelação de modos de funcionamento de trabalho instituídos? Além disso, interrogamos se o uso da socioclínica enquanto ferramenta para condução do trabalho de EPS favorecerá a compreensão de um campo de intervenção e um campo de análise.

Cabe enfatizar que não há separação de um campo teórico e técnico/campo de intervenção e análise, mas é preciso distingui-los sem separá-los, uma vez que a intervenção

altera o cotidiano de trabalho e a forma de pensar a realidade da instituição (ROSSI; PASSOS, 2014)

Motivada por esses questionamentos e por toda a minha trajetória de implicação com a saúde mental, busco com este trabalho analisar a EPS, guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional, como uma estratégia de formação em saúde mental na AB.

A Socioclínica Institucional não é uma modalidade técnica ou protocolo de prática e análise, mas sim um meio para se questionar o objeto e intenções de análise, buscando entender as dinâmicas sociais (MONCEAU, 2003). Além disso, dentre outros princípios, considera a participação dos sujeitos na pesquisa, na intervenção (MONCEAU, 2013).

Esse movimento também é pautado no exercício da autogestão e autoanálise e estímulo à construção e partilhas no coletivo que, por meio da criação de arranjos, pode provocar desestabilizações e revelações de modos instituídos de práticas e modos de funcionamento (BAREMBLITT, 2012; ROSSI; PASSOS, 2014; MONCEAU, 2015).

Mesmo que a EPS e a socioclínica partam de conceitos diferentes, posto que a EPS é uma política pedagógica e a socioclínica um referencial teórico, consideramos que alguns princípios são convergentes.

Portanto, ao entender que a EPS é um processo de formação contextualizado, problematizador da realidade dos sujeitos, voltado para aprendizagem significativa e análise das práticas (BRASIL, 2009), utilizar os princípios da socioclínica como referencial teórico desta pesquisa é coerente com a proposta da EPS enquanto política instituída, mas também como prática criativa e criadora.

Apesar de alguns estudos apontarem o uso da Análise Institucional ou da Socioclínica enquanto direcionador ou referencial teórico de pesquisa-intervenção e de pesquisas sobre a EPS (DALPIAZ, 2015; MELO, 2017; VIVOT, 2014; FORTUNA, et. al, 2011), ainda não há estudos que contemplem uma reflexão/discussão acerca do uso da Socioclínica Institucional como norteadora da EPS em saúde mental na AB. Com esta tese, pretendemos apresentar uma experiência por meio da qual apontamos pistas que podem ajudar a sustentar um modo de formação problematizador e contextualizado.

Sendo assim, partimos do pressuposto de que utilizar os princípios da Socioclínica Institucional para guiar a EPS em saúde mental na AB, pode ser um potencializador de processos de aprendizagem, uma vez que poderá propiciar movimentos de autoanálise do trabalho, a partir do olhar para as instituições e suas interferências no cotidiano, para as implicações e, conseqüentemente, revelar modos instituídos, provocando o grupo a pensar e repensar o trabalho em saúde/saúde mental, podendo possibilitar a transformação das práticas.

Portanto, defendemos a tese de que conduzir EPS como estratégia para formação em saúde mental, guiada pelos princípios da socioclínica, tem potencial de apontar pistas para um processo de construção de conhecimento crítico, reflexivo, analítico, contextualizado e problematizador.

Objetivos

OBJETIVOS

GERAL:

Analisar a Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Básica guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional.

ESPECÍFICOS:

1. Discutir as potencialidades da Socioclínica Institucional nas práticas de EPS;
2. Apontar pistas para a vivência em EPS;
3. Identificar as interferências institucionais no processo de formação pela EPS em saúde mental;
4. Mapear os movimentos instituídos e instituintes vividos no processo de EPS.

Marco Teórico Conceitual

CAPÍTULO I:

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A ANÁLISE INSTITUCIONAL E A SOCIOCLÍNICA

“[...] É preciso desformar o mundo: Tirar da natureza as naturalidades [...].” (Manoel de Barros)

Antes de iniciarmos a compreensão sobre o movimento institucionalista da Análise Institucional e Socioclínica Institucional, é necessário partir do conceito de instituição como lógicas que regulam atividades humanas, direcionando o permitido e o proibido, podendo estar expressas em leis, normas ou hábitos (BAREMBLITT, 2012).

A instituição compreende a articulação entre o instituído, o instituinte e a institucionalização, resultando em “formas sociais visíveis dotadas de uma organização jurídica e/ou material” (LOURAU, 2014, p.9).

Não podemos reduzir o conceito de instituição apenas ao que está instituído, como normas, regras, leis, porém devemos considerá-lo como processo dinâmico. A instituição é a relação entre a “racionalidade estabelecida (regras, formas sociais) e os acontecimentos, desenvolvimentos e movimentos sociais que se apóiam implícita ou explicitamente sobre a racionalidade estabelecida ou a submetem à discussão” (LOURAU, 2014, p. 157).

Quando falamos em organização, nos referimos a um conjunto de pessoas e processos que tendem a estabelecer relações e ações duráveis, com orientação de objetivos (MOURA, 2003). Essa organização se dá a partir de uma base material e processual, ou seja, o estabelecimento que se configura por ser uma entidade jurídica regida por “um contrato social, com um endereço físico, com seus objetivos registrados neste contrato, com seus pressupostos de funcionamento e de responsabilidades pela sua gerência” (MOURA, 2003, p. 29), por meio do qual a administração organiza, coordena e operacionaliza as pessoas, sendo tratado e regulado pelas leis e disposições do Estado (MOURA, 2003).

Por conseguinte, “para realizar a função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos” (BAREMBLITT, 2012, p. 156).

Assim, as organizações são conjuntos de formas materiais que concretizam as instituições e por elas informadas, embora possuam ao mesmo tempo realidade social através das organizações. Nessa perspectiva, um exemplo de organização é o Ministério da Educação, que terá as escolas como estabelecimentos.

Os estabelecimentos – onde encontramos maquinaria, arquivos, aparelhos e diversos outros equipamentos – podem ter características diferentes, no entanto é por meio do conjunto de estabelecimentos que se tem uma organização. Isso tudo só adquire dinamismo por meio dos seres humanos, que são protagonistas de práticas verbais e não verbais, discursivas ou não, contidas e mobilizadoras desse processo: Instituição – Organização – Estabelecimento – Equipamento (BAREMBLITT, 2012).

O conceito de estabelecimento e instituição são amplamente utilizados pela Análise Institucional. Ambos são utilizados muitas vezes como sinônimos, em que o termo instituição é utilizado quando nos referimos a algum equipamento de saúde ou organização pública, mesmo com sentidos bastante diferentes (MOURA, 2003). Uma confusão comum, mas que requer um esclarecimento simbólico.

No estabelecimento, o desejo geralmente não está em pauta; não há consideração à demanda, prevalecendo respostas a encomendas sociais, em que se abordam questões de maneira predominantemente molar/grande massa (MOURA, 2003). Já a noção de instituição é um terreno mais “pantanosos”: inclui questões do Estado, da lei, das relações sociais, ou seja, um sistema de normas que estruturam determinado grupo social, regulando sua vida e funcionamento (MOURA, 2003; LAPASSADE, 1983).

Até o século XX, as instituições eram compreendidas apenas como sistemas jurídicos, o direito e a lei. Durkheim e a sua escola definem a sociologia como uma ciência das instituições, porém reduz instituição à noção de instituído como estabelecido e que, conseqüentemente, denotando impotência dos indivíduos a ela condicionados (MOURA, 2003; LAPASSADE, 1983).

A partir de Castoriades, o conceito de instituição passa a ter um conceito de caráter dinâmico e dialético, vinculado à tensão entre o instituinte e o instituído, cujo resultado é a institucionalização, introduzindo o conceito de história e de autoalteração permanente da sociedade. Posteriormente, esse conceito é desenvolvido por René Lourau, com decisiva importância para o desenvolvimento do institucionalismo francês e da Análise Institucional (MOURA, 2003).

Lourau, em sua tese em 1970, distingue a instituição em três instâncias: o objetivo, o imaginário e o simbólico. O primeiro retrata o sentido “durkheimiano” do termo, ou seja, a instituição como coisa, em que se trata de um sistema e referência da instituição como norma objetiva. O segundo sistema parte de uma crítica do positivismo durkheimiano, em que situa a instituição como instância imaginária, privilegiando a particularidade do vivido, ou seja, a instituição é uma coisa, uma projeção da angústia individual e um sistema de defesa contra

essa angústia (LOURAU, 2014). O terceiro sistema de referência procura a síntese do momento da objetividade e do momento do imaginário, acentuando uma significação simbólica da instituição, “cujo conteúdo exterior, objetivável, necessita, para se atualizar, de uma interiorização nos momentos e nos lugares singulares da vida social” (LOURAU, 2014, p. 111). A análise funcional, estrutural e estruturo-funcional põem em dúvida as regras durkheimianas, porém sem rejeitá-las inteiramente (LOURAU, 2014).

A sociedade se configura, portanto, como um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam para regular a produção/reprodução da vida humana e a relação entre os homens (BAREMBLITT, 2012). Para uma sociedade humana existir é preciso haver instituições como língua, relações de parentesco, religião e divisão do trabalho, em que é possível dizer qual a ordem de “origem”, ou seja, a “humanidade é sinônimo de coletivo regido por essas instituições e essas instituições são sinônimo de existência de um coletivo humano. Então, é difícil saber como eram os coletivos antes que aparecessem essas instituições” (BAREMBLITT, 2012, p. 29).

A instituição é um conceito polissêmico, equívoco e problemático, podendo significar realidades diferentes em diferentes teorias, designando tanto formas sociais estabelecidas, quanto processos pelos quais a sociedade se organizará (MOURA, 2003).

Lourau (2014) compartilha um exemplo acerca da relação conjugal que nos ajuda a definir o conceito de instituição: o comportamento dos cônjuges é regido por previsões legítimas e socialmente sancionadas, em que quando um dos cônjuges se afasta dessas regras (pré-estabelecidas socialmente), surgem reações de desaprovação social ou sanções declaradas; então, podemos falar que se configura como a instituição “casamento”. Ou seja, “cristalizações relativamente estáveis das forças do comportamento, de tal modo que a ação pode ser regulada, tornando-se compatível com as exigências funcionais de uma sociedade” (LOURAU, 2014, p. 152). Portanto, podemos nos referir à escola, à religião, à família, ao casamento, dentre outros, como instituições. Em resumo, “a instituição é um sistema de normas que estruturam um grupo social, regulam a vida e o seu funcionamento” (LAPSSADE, 1983, p. 287).

Apesar da limitação frente ao começo das grandes instituições, é possível distinguir nelas uma potência de transformação constante que pode modificar suas características. Assim, podemos vivenciar/presenciar grandes momentos históricos de transformação de instituições, de revoluções. A essas forças que propiciam mudanças e tendem a transformar as instituições (ou fundá-las), chamamos de força instituinte, que também resultam em algo, em um produto, o qual denominamos de instituído, ou seja, o instituído é resultado/efeito da

processo instituinte, o instituído como força estática e o instituinte como movimento dinâmico (BAREMBLITT, 2012).

O instituído refere-se ao natural à ordem, aos valores e modos de representações vigentes, desta forma, ele se constitui reforçando o estado permanente e negando aquilo que acontecimentos e processos fazem emergir no funcionamento da instituição. O instituinte coloca em questão a universalidade e naturalização daquilo que está posto, instituído. Neste sentido, os processos instituintes são responsáveis pela mudança e criação de novas práticas institucionais (MOURA, 2003).

O instituído se configura como representante do momento universal e o instituinte corresponde ao momento hegeliano da particularidade e negação do universal (LOURAU, 1993). A classe universal em Hegel se ocupa dos interesses gerais da vida social, ou seja, as instituições são formadas pelo que há de virtualmente universal nos interesses particulares; a instituição é um “meio”, uma mediação “inconsciente”, interiorizada (LOURAU, 2014).

É importante evitarmos uma interpretação maniqueísta de que instituído é ruim e o instituinte é bom, tendo em vista que podemos destacar que o fascismo e o nazismo surgiram como movimentos instituintes e contestatórios ao regime vigente (instituído) (BARBIER, 1988). O instituído possui papel histórico importante, uma vez que é resultado de leis, normas, padrões, hábitos que regulam os coletivos. No entanto, considerando a vida como processo que está em constante mutação, os instituídos precisam ser funcionais e acompanhar essa constante transformação social e, por meio de forças instituintes, produzir novos instituídos (BAREMBLITT, 2012).

As instituições estão presentes em nossas vidas desde o nosso nascimento até a morte. Estão organizadas por meio de normas e leis ou por meio de hábitos e discursos, portanto, somos formados enquanto seres humanos, por meio das instituições às quais pertencemos (BAREMBLITT, 2012).

O instituinte é composto pela negação do que é dado como natural (instituído), representado, portanto, pelas forças que produzem as mudanças de valores e normas em uma instituição (FORTUNA, 2017; LOURAU, 2014). A institucionalização, como terceiro momento e como momento de singularidade, caracteriza-se ao mesmo tempo por uma união e tensão entre instituído e instituinte. É o momento em que o instituinte se torna também uma nova norma, sendo impossível isolar qualquer um para captarmos o processo de institucionalização de toda instituição (LOURAU, 2014; L'ABBATE, 2013; FORTUNA, 2017).

Dessa forma, toda instituição é um resultado de processos mais conservadores-instituídos e mais modificadores-instituintes, “em atualizações e reatualizações, caracterizando institucionalizações sempre provisórias” (L’ABBATE, 2013, p.71), sendo a institucionalização um processo contínuo, dinâmico e temporal.

Diante do referencial teórico da Análise Institucional, compreendemos o movimento institucionalista como força instituinte, uma vez que os coletivos usam a autogestão e autoanálise, não só como estratégia para autoconhecimento, mas também como meio de identificar limitações e criar soluções por meio dos coletivos. Assim, entendemos que esse movimento acontece como espiral e por meio do qual o exercício da autogestão e autoanálise vai propiciando espaços coletivos de discussão. Entretanto, ao mesmo tempo, a criação de dispositivos que permitem a partilha do coletivo também impulsiona movimentos de autogestão e autoanálise, sendo aspectos diferentes, mas que acontecem concomitantemente (BAREMBLITT, 2012).

A partir da Análise Institucional, dispositivo é um agenciamento dinâmico de elementos heterogêneos (escrita, discurso, vídeos, dentre outros) e provisórios, arranjos criados para situações específicas de intervenção que permitem desestabilizar os modos instituídos de funcionamento, podendo também tornar-se um analisador caso consiga colocar alguma situação em análise (ROSSI; PASSOS, 2014; MONCEAU, 2015; FORTUNA; MONCEAU, VALENTIM, et al, 2014).

O Movimento Institucionalista contempla teorias, práticas e experiências que pressupõem o exercício de autogestão e autoanálise por meio de experiências coletivas (BAREMBLITT, 2012). Esse movimento é dividido em duas principais correntes: a Análise Institucional e a Socioanálise, fundadas por René Lourau e Georges Lapassade e a Esquizoanálise, criada por Gilles Deleuze e Félix Guatarri (BAREMBLITT, 2010).

A “Análise Institucional” não tem um sentido único, uma vez que se constitui a partir de disciplinas e movimentos que ocorreram na França nos anos 40 e 50 (L’ABBATE, 2003). A Análise Institucional foi introduzida no Brasil no início dos anos 70, num contexto político de restrição à liberdade de expressão e direitos civis/exercício de cidadania (L’ABBATE, 2012).

Há trinta anos, a AI vem sendo utilizada como teoria e método de pesquisa e também como pesquisa coletiva, tendo como precursores René Lourau e Georges Lapassade.

A Análise Institucional busca compreender uma determinada realidade social e organizacional, por meio dos discursos e práticas dos coletivos (L’ABBATE, 2012). Nesse sentido, a AI e a socioanálise não são duas coisas opostas ou diferentes, porém referenciais complementares, em que a socioanálise é a AI em situação de intervenção, criada/denominada

assim por Georges Lapassade e René Lourau. A única distinção entre a socioanálise e a AI é que a socioanálise surgiu posteriormente como método de intervenção (LOURAU, 2007; MONCEAU, 2008).

Para tal compreensão, é importante apresentarmos e entendermos alguns conceitos referentes a análise dos coletivos: encomenda e demanda, transversalidade, autoanálise e autogestão, analisador e implicação (BAREMBLITT, 2012; LÁBBATE, 2012). “Os conceitos de encomenda, demanda e intervenção são antes de mais nada de origem sociológica. Os de livre expressão, transferência e contratransferência institucional provêm da psicanálise, da psicossociologia e da psicoterapia institucional” (LOURAU; LAPASSADE, 1972, p. 172).

A transferência pode ser entendida como manifestação de sentimentos inconscientes, apontando para uma reprodução estereotipada de situações. Em um grupo, por exemplo, cada membro pode projetar sua fantasia inconsciente sobre vários membros do grupo, estabelecendo uma relação com cada um deles, a partir dessa projeção (PICHON, 2005). Essa reprodução está a “serviço da resistência à mudança, da evitação de um reconhecimento doloroso, do controle das ansiedades básicas (medo da perda, medo do ataque)” (PICHON, 2005, p. 223).

Quanto à contratransferência, Freud define como algo que “surge no médico como resultado da influência que exerce o paciente sobre seus sentimentos inconscientes” (FREUD, 1969, p. 125). Ou seja, é um conjunto de reações inconscientes diante de alguém, do grupo, da tarefa e dos processos transferenciais que nele se realizam, que Pichon chama de transferência recíproca (PICHON, 2005). Portanto, a contratransferência é uma reação emocional e “foi neste quadro que nasceu o conceito de implicação, sob a influência da *contratransferência institucional* em psiquiatria e sob o efeito da *intervenção socioanalítica*” (LOURAU, 2004a, p. 187).

Lourau e Lapassade consideravam que “a separação entre transferência e contratransferência não tinha nenhum sentido, pois os analistas, como os analisandos, têm a mesma natureza. O que os distingue é a posição do dispositivo de análise e, em particular, a relação de saber e a relação de poder” (MONCEAU, 2008 p.21).

A encomenda refere-se a um pedido oficial de soluções imaginárias ou ações para restaurar a “ordem” e propicia o início da intervenção. Por exemplo, uma determinada intervenção inicia-se a partir de uma encomenda (PASSOS; BARROS, 2000; BAREMBLITT, 2012) e a análise de uma encomenda envolve não só quem “pede” a intervenção, mas também o que é pedido (ROSSI; PASSOS, 2014).

Os responsáveis por requererem a encomenda, também possuem demandas individuais. Portanto, há diversidades e contradições entre as demandas de todos os envolvidos e que essas diversidades de demandas são traduzidas ou transformadas em uma encomenda para os socioanalistas (LOURAU, 1993).

Ao pensar uma encomenda de intervenção, consideramos as demandas como "modificadas", pois influenciadas por essa nova situação; ou seja, elas têm, agora, relação com o projeto de convidar certa equipe de interventores. Outra etapa do processo, capaz de modificar e produzir demandas, é o momento de negociação entre a equipe-cliente e a equipe-interventora (LOURAU, 1993, p. 33).

A demanda são aspectos conscientes, manifestos, deliberados e também aspectos inconscientes e não ditos; pode estar afinada com a encomenda ou não. Dessa forma, entender/analisar a demanda é a etapa inicial para compreender institucionalmente uma organização (BAREMBLITT, 2012).

A análise da demanda compreende a encomenda oficial do *staff-cliente*, ou seja, a relação entre encomenda e demanda representa o que há de latente e não é revelado (RODRIGUES, 2004; LOURAU; LAPASSADE, 1972). “A relação entre encomenda e demanda se vê circunstanciada pelo dispositivo socioanalítico de intervenção, em lugar de remeter a profundidades, verdades, sentidos ocultos e/ou níveis essencializados” (RODRIGUES, 2004, p. 140).

Para melhor compreensão acerca de encomenda e demanda, Lourau (2003) faz uma distinção entre campo de análise e campo de intervenção.

O campo de análise é o sistema de referência teórico dentro do qual podemos considerar que “na situação de intervenção, aquilo que se passa concretamente entre interventores e clientes é o que abre, fecha, modifica o ângulo de abertura das lâminas da cortina ‘campo de análise’” (LOURAU, 2003, p. 220). Os conceitos apresentados acima (encomenda, demanda, além de conceitos como, implicação, autogestão, transversalidade, dentre outros) funcionam no campo de análise (LOURAU, 2003), ou seja, farão parte da análise do trabalho/intervenção desenvolvida, podendo ajudar o interventor e todo o grupo a entender os processos vivenciados.

O campo de intervenção é o espaço-tempo acessível aos interventores a partir de uma encomenda inicial e das modificações que acontecem derivadas da análise dessa encomenda e das demandas surgidas no decorrer da intervenção (LOURAU, 2003).

Diante do campo de intervenção, seja ele qual for (bairro, fábrica, escola, dentre outros), o pesquisador precisa considerar sua implicação, admitir que ele também está implicado, assim como todos os atores sociais envolvidos no processo de intervenção (BARBIER, 1985).

A implicação é o resultado do contato com a organização analisada; não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, ou “vontade de”, mas de materialidade múltipla, complexa e sobredeterminada. Não é apenas uma reação da equipe interventora ao contato com o objeto de análise; pode até anteceder o contato, mas vai além, pois compreende a interação, a análise do compromisso, da interpenetração das duas organizações (BAREMBLITT, 2012). Inclui análise de “do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar, e do que lhe é designado a ocupar, com os riscos que isto implica” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

Barbier (1985) considera três níveis de abordagem do conceito de implicação: o nível psicoafetivo, relacionado ao prazer do analista nas relações com os participantes e o engajamento no aqui e agora; o nível histórico-existencial, em que se aceita “questionar a sua existência quanto aos fundamentos, às orientações e às opções afetivas e racionais fundamentais” (BARBIER, 1985, p. 110); e o nível estrutural-profissional que é, por excelência, o das mediações possíveis (família, religião, política, sexualidade etc.), assim, a “atividade profissional e o seu princípio de realidade permitem avaliar as duas dimensões já existentes” (BARBIER, 1985, p. 116), por exemplo: ser militante em no movimento antimanicomial e ser um profissional de hospital psiquiátrico, com práticas pautadas no modelo biomédico, indicam as diferenças que existem na implicação psicoafetiva e histórico-existencial (ideológica) de cada um.

A implicação existe mesmo que não a desejemos. Trata-se, pois, de analisar mais o modo de implicação do que sua existência, ou a quantidade de implicação, já que ela não pode ser medida em peso. Entretanto, podemos distinguir implicações econômicas, ideológicas, organizacionais, materiais ou libidinais. Trata-se de compreender nossa modalidade de relação com a instituição porque essa implicação tem efeitos mesmo que nós não saibamos (MONCEAU, 2008, p.21).

A implicação é o envolvimento (psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional) com o que está sendo feito, de maneira que essa implicação não é necessariamente algo bom ou ruim, mas sim um nó de relações que precisam ser analisadas. Quando essa análise é impossibilitada, por um tipo de comprometimento exacerbado, chama-

se de sobreimplicação (LOURAU, 2004a; 2004b), oportunidade em que o socioanalista passa a ter dificuldade em analisar e autorrefletir acerca da sua prática e atitudes.

A sobreimplicação também interfere na análise, podendo também produzir sobretrabalho, estresse e doença, morte e mais-valia, daí a necessidade de analisar constantemente a nossa implicação, o que é uma atividade intensa e, por vezes, penosa (LOURAU, 2004a; 2004b).

A mais-valia é um conceito do processo de trabalho a partir de Karl Marx que se configura como a exploração da mão de obra/trabalho por meio da apropriação do trabalho excedente, sem o empregador oferecer nada a mais por isso, obtendo, dessa forma, o lucro no excedente do trabalho (MARX, 1974). O implicacionismo da sobreimplicação pode gerar sobrecarga de trabalho (LOURAU, 2004a).

Monceau (2015) aponta que a implicação profissional é o conjunto das relações que o sujeito “estabelece com a profissão (pensada como instituição com sua dinâmica própria) à qual ele pertence e com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão” (MONCEAU, 2015, p. 198).

Entendo que a prática profissional vai sendo constituída do conjunto das implicações profissionais de forma a incluir maneiras de se relacionar com o colega de trabalho, com outras instituições, de pensar essas relações e lhes atribuir algum sentido e valor. É por meio desse contato cotidiano – e aqui também vejo como jogo de espelho – que o profissional vai se reconhecendo ao olhar e estar com o outro e nesse processo também vai se construindo a partir do outro.

As implicações vão se atualizando e se potencializando de acordo com as situações (MONCEAU, 20015), em que o sujeito ora está implicado com aquela determinada atividade, ora não, por estar implicado com “outra coisa”.

A implicação consiste em explicitar todo e qualquer mecanismo transferencial que se origina da relação entre pesquisador e grupo de sujeitos institucionalizados. Nesse ínterim, é possível dar origem às inibições e aos bloqueios relacionais, sendo os mesmos elementos, ainda, fontes de circulação de interesses comuns, facilitando as trocas de comunicação em torno da extinção de conflitos instaurados (BARBIER, 1985).

Entendemos que somos movidos pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais relacionadas às instituições a que pertencemos e à sociedade da qual fazemos parte (LOURAU, 2004a). Assim, há a necessidade de realizar análise das implicações com todas as instituições em jogo, buscando romper entre o sujeito que conhece e o sujeito a ser conhecido (PASSOS; BARROS, 2000), afinal todos estão no mesmo processo.

Outro conceito importante da AI é a transversalidade, que se apresenta como oposição à verticalidade dos organogramas de uma estrutura piramidal (chefes e subchefes) e à horizontalidade relacionada à adaptação de coisas a pessoas frente a situações a que se encontram (GUATTARRI, 1987). São, portanto, as possibilidades geradas, articuladas, interpenetradas, em que forças instituintes possam atuar nela, por ela e através dela (BAREMBLITT, 2012).

Guattarri (1987) utiliza o exemplo de viseiras reguláveis em cavalos para facilitar a compreensão de transversalidade, por meio do qual compara o “coeficiente de transversalidade” à regulação da viseira que pode cegar ou aumentar seu campo de visão. Portanto, podemos dizer que esse coeficiente é o grau de cegueira de cada um. Em um hospital, por exemplo, a regulação oficial dessas viseiras depende quase que mecanicamente do que acontece ao nível do médico-chefe, do diretor, administrador etc. “O nível de transversalidade existente no grupo que detém o poder real sobre a instituição determina inconscientemente a regulação das possibilidades extensivas dos outros níveis de transversalidade” (GUATTARRI, 1987, p.97).

O grupo em que estamos inseridos é determinante nesse processo. Um grupo alienado com poucas possibilidades de autoanálise poderá continuar reforçando nos membros do grupo suas próprias imagens deformantes, pois o indivíduo se manifestará em relação ao grupo e a si mesmo. “A transversalidade é o lugar do sujeito inconsciente do grupo, o além das leis objetivas que o fundamentam, o suporte do desejo do grupo” (GUATTARRI, 1987, p. 101).

Os atravessamentos – enquanto conceito da Análise Institucional – são as interpenetrações e atitudes do reprodutivo, do instituído e das organizações que falam por nós em função do conservador (BAREMBLITT, 1992): aquilo que nos atravessa e atravessa a prática sempre consistirá na preservação do instituído. Desse modo, os atravessamentos podem ser responsáveis por dificultarem o processo de análise (ROCHA; DEUSDARÁ, 2010).

A autoanálise é o processo contínuo de conhecer nossas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções, ou seja, não se trata de um agente externo dizer quem somos, mas um exercício cotidiano de olhar pra si; a autoanálise possibilita aos coletivos a elucidação das “causas” da alienação. A autogestão e a autoanálise são processos simultâneos e articulados. Para que os sujeitos invistam em autoanálise, é necessário construir dispositivos para gerenciar sua vida e seu trabalho como, por exemplo, os espaços de assembleias e de grupos de discussão. Assim, é preciso conhecer para organizar, no entanto para que seja

possível operar forças de autoconhecimento, a organização também é necessária; são dois processos diferentes, mas concomitantes, simultâneos, articulados (BAREMBLITT, 2012).

Outro conceito da AI é o ‘analisador’. O efeito do analisador é de revelar algo “escondido”, “de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos” (L’ABBATE, 2004, p. 82).

O analisador expõe o que há de contraditório no grupo, de modo natural ou não; chamamos de analisador aquilo que revela a estrutura da instituição, provocando-a e forçando a fala (LOURAU, 2014c). Qualquer materialidade pode ser um analisador: um discurso, monumentos, modos de relação não formalizados ou anunciados, um arquivo, estatutos, regulamentos, distribuição do tempo e do espaço, ou seja, manifestações que revelam dimensões ocultas no grupo/instituição e medida que a/o faz falar, mobiliza a análise (LOURAU, 2004a). O analisador por si contém os elementos para se autoentender, de modo que um analisador pode se autoanalisar e fazer o trabalho da análise (BAREMBLITT, 2012; LAPASSADE, 1973).

Frente a isso, o papel do analista institucional consiste em auxiliar o grupo a identificar ou perceber o material oculto a partir dos analisadores, que podem ser espontâneos ou construídos/artificiais e que são inventados pelos analistas (PEREIRA, 2007; BAREMBLITT, 2012). Entendemos que os facilitadores de EPS também podem facilitar o grupo a caminhar no sentido de perceber e refletir acerca do que não é dito no grupo; do que está latente e silenciado no grupo, impedindo-o de caminhar. Assim como analista institucional, o mediador da EPS tem possibilidades de, por meio da análise de implicações/análise institucional, construir uma formação pautada na autoanálise e autorreflexão do trabalho.

A Análise Institucional não é um supersaber que tem a capacidade de dar conta de todo desconhecimento. Pelo contrário: “trata-se de uma investigação permanente, sempre lacunar e circunscrita de como o não saber e a negatividade operam em cada conjuntura” (BAREMBLITT, 2012, p. 79). Ao contrário do que propõem as outras abordagens em Ciências Sociais, a AI busca transformar as práticas para conhecê-las, com uma diminuição da velocidade de produção teórica (ROSSI; PASSOS, 2014).

A expressão Análise Institucional não tem um sentido único, uma vez que se constitui a partir de disciplinas e movimentos ocorridos na França desde os anos 40 (L’ABBATE, 2003). A década de 60, principalmente a partir de “maio de 1968”, conhecido também como a “Grande Recusa”, foi influenciadora da Análise Institucional que ocorria no contexto de movimentos contestatórios contra o positivismo, liberalismo e capitalismo presentes na

formação, estruturando como um “meio de produção” alienador (RODRIGUES, 2000; PROTO, 2012).

Os estudantes da Universidade de Nanterre foram os primeiros a manifestar insatisfação em relação ao processo de formação nos moldes industriais, com objetivos voltados não somente aos conteúdos de ensino, como também à sociedade, às classes sociais, à divisão social do trabalho e à vida em geral (PROTO, 2012; THIOLLENT, 1998).

Esse período foi marcado pelo renascimento de ideais anarquistas, valorização da autogestão como estratégia de organização das empresas e pela crítica à cultura de massas, como resultado da consciência crítica formulada pela negação dos valores burgueses e de seu modo de funcionamento (PROTO, 2012; THIOLLENT, 1998).

Cabe ressaltar que esse período, marcado por mobilizações sociais, foi precursor de outras lutas como a Antipsiquiatria francesa, o Movimento de Liberação Feminina, o fortalecimento e crescimento da luta das mulheres e homossexuais, fundação do *Secours Rouge*, que combatia formas de repressão, criação do Grupo de Informação sobre as Prisões por Michel Foucault e outros militantes, manifesto de 343 mulheres em prol do aborto livre e do acesso livre aos contraceptivos, criação da associação Médicos sem Fronteiras, declarações de 331 médicos reconhecendo que a decisão em ter filhos pertence integralmente à mulher, dentre outras diversas manifestações (RODRIGUES, 2004).

Nesse contexto, Lapassade formava membros do movimento estudantil para análise de grupo e crítica da vida institucional. A tendência psicossociológica ou socioanalítica ampliou o círculo iniciado por Lourau e Lapassade desde a década de 60, ampliando posteriormente para o Canadá e Brasil (RODRIGUES, 2000; THIOLLENT, 1998).

Atualmente, há quatro correntes da Análise Institucional em Ciências Sociais e Humanas: a Análise Institucional Socioanalítica; a Sociopsicanálise Institucional; a Esquizoanálise; e a Análise Institucional de inspiração sociológica (L'ABBATE, 2013; BARBIER, 1985). No entanto, consideram-se as duas principais correntes do “institucionalismo francês” a Análise Institucional e a Socioanálise, que se configura pela AI em situação de intervenção, fundadas por René Lourau e Georges Lapassade; e a Esquizoanálise, criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (L'ABBATE, 2013; MONCEAU, 2008).

No Brasil, a influência dessas correntes começou na década de 70 em um contexto de ditadura militar desde 1964, marcado pela restrição de liberdade e desrespeito aos direitos de cidadania e liberdade (L'ABBATE, 2014). As primeiras experiências de AI brasileiras aconteceram no Rio de Janeiro e Belo Horizonte e provavelmente auxiliaram os

pesquisadores a compreender um processo de institucionalização que acontecia naquele momento em relação à situação política nacional (Golpe de 64).

Desde esse período, a Análise Institucional tem pautado diversas pesquisas realizadas não só sobre os “sujeitos e instituições”, mas, e principalmente, “com” o sujeito, envolvendo-o no processo da pesquisa.

Gilles Monceau, foi orientando de Lourau e ao longo dos anos 2000, além de dar continuidade de estudos pautados na AI, também propôs pensar em diversificações dessa prática, chamando essa nova abordagem de “Socioclínica Institucional”, em vez de “sociologia clínica institucional”, já que a sociologia clínica é uma corrente de pesquisa constituída no âmbito da sociologia. A Socioclínica o levou a questionar mais o objeto e as intenções da análise do que as modalidades técnicas (MONCEAU, 2003).

Enquanto as intervenções socioanalíticas são de curta duração, com o objetivo de desvelar rapidamente aquilo que está oculto na instituição, as intervenções da Socioclínica Institucional, criada por Gilles Monceau, utiliza alguns princípios da Socioanálise, mas não pauta suas intervenções em períodos curtos, ou seja, a Socioclínica Institucional utiliza vários encontros para deflagrar processos analíticos, além de declarar a intenção de produzir conhecimento por meio de processos interventivos (MONCEAU, 2013). Não se tratava de incluir essa nova abordagem em um subdisciplina acadêmica, porém “promover a singularidade de uma abordagem transversal às disciplinas estabelecidas” (MONCEAU, 2013, p. 93).

A abordagem socioclínica busca entender as dinâmicas sociais por meio das quais a análise é levada “o mais próximo possível das situações vividas pelos indivíduos e, ao mesmo tempo, inscrevendo-as nas evoluções sociopolíticas nas quais esses indivíduos estão implicados” (MONCEAU, 2008). Para tanto, Monceau (2003) estabelece quatro modalidades da abordagem socioclínica institucional: 1. Intervenção socioanalítica; 2. Análise Institucional das práticas profissionais; 3. Pesquisa-ação; e 3. Investigação socioanalítica.

Para avançar nessa perspectiva de análise socioclínica, importa que o clínico não seja prisioneiro de um campo ou de um objeto. É necessário passar da profissão de docente para as profissões da saúde ou do trabalho social, para se evitar atribuir a uma profissão os traços que são, de fato, gerados por um processo institucional transversal a diferentes profissões (MONCEAU, 2015).

Ao examinar práticas atuais descritas como análise institucional, Monceau (2003) elaborou oito características ou princípios organizadores da abordagem de pesquisa, que deram continuidade aos trabalhos de Lapassade e Lourau, e registram evoluções dos últimos 40 anos: 1 - análise da encomenda e das demandas; 2 - participação dos sujeitos no dispositivo; 3 - trabalho dos analisadores; 4 - análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; 5 - aplicação de modalidades de restituição; 6 - trabalho das implicações primárias e secundárias; 7 - intenção da produção de conhecimentos; 8 - atenção aos contextos e às interferências institucionais (MONCEAU, 2013).

A encomenda é um diagnóstico formulado por quem encomenda a intervenção e as demandas vão surgindo gradualmente com o avançar do trabalho e são produzidas por todos os envolvidos: “é a análise da encomenda e das demandas que sustentam a problematização”(MONCEAU, 2013, p 96). A existência da encomenda e demanda preliminares ou emergentes durante os encontros é uma condição da socioclínica, uma vez que o pesquisador precisa considerar a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Essa participação pode ser por meio da “contribuição para a coleta de informações, aceitação de ser observado ou ainda investimento em sessões de grupo com objetivo analítico” (MONCEAU, 2013, p 97).

Outro aspecto é o trabalho dos analisadores que dão acesso às questões que normalmente não se expressam, ou seja, por meio da dinâmica do analisador (dispositivo natural ou artificial/criado) que constitui o objeto de análise (MONCEAU, 2013).

Quando as características anteriores são reunidas, o trabalho socioclínico acompanha-se necessariamente de transformações nas situações e dinâmicas institucionais. Essas transformações são a um só tempo os efeitos e os materiais do trabalho socioclínico. [...] Essas evoluções não são necessariamente perceptíveis pelos sujeitos e eles não as vinculam, portanto, ao trabalho em andamento (MONCEAU, 2013, p. 99).

Monceau (2013) considera ainda que a principal contribuição do trabalho socioclínico é desenvolver com os sujeitos a reflexão acerca dos seus efeitos. Além disso, a socioclínica requer a realização da restituição; para tanto, é necessário reservar um período – ou ocorrer múltiplas vezes dentro do mesmo processo interventivo – e voltar para uma devolutiva dos resultados provisórios aos participantes, como uma oportunidade para aprofundar ou questionar as análises ou reconsiderar a orientação do dispositivo de trabalho (MONCEAU, 2013).

Para que todo esse processo aconteça, é necessário que haja análise das implicações primárias e secundárias do pesquisador e dos demais participantes. “As implicações primárias atualizam-se no dispositivo de análise (e/ou de pesquisa) e nas questões locais deste” (MONCEAU, 2013, p. 100), ou seja, são nossas implicações dentro da própria situação de intervenção. Por sua vez, as implicações secundárias são nossas implicações no campo de análise (MONCEAU, 2008).

Por exemplo, durante esta intervenção socioclínica acerca de EPS para formação em saúde mental na AB, minhas implicações primárias tiveram um lugar no desenrolar da pesquisa e nas relações que construí; já as minhas implicações secundárias estavam em outro lugar, como na instituição universitária, instituição saúde/saúde mental, instituição ensino, dentre outros.

A intenção de produção de conhecimento também é considerada dentre os aspectos da socioclínica, em que o conhecimento pode estar limitado a significados locais, a interesses mais gerais envolvendo problemáticas da comunidade ou a problemas sociais, preocupando legisladores, políticos e cidadãos (MONCEAU, 2013).

Finalmente, há que se ter atenção aos contextos e às interferências institucionais nas quais estão implicados os pesquisadores e os outros participantes, já que todo trabalho socioclínico situa-se em uma interferência institucional entre as instituições das quais somos portadores respectivamente e que, portanto, podem produzir efeitos de transformação e efeitos de conhecimento/resultados da pesquisa (MONCEAU, 2013).

Enfim, a socioclínica institucional, apesar da formalização metodológica, não é prisioneira de protocolos rígidos, porém baseia-se nas características supracitadas que irão determinar sua relação com os sujeitos e objetos (MONCEAU, 2013).

Outro conceito importante da Análise Institucional é a resistência. A palavra resistência tem vários sentidos, podendo estar associada à negação, à recusa, à defesa, à rigidez, à reação, à persistência, à teimosia, dentre outros. No sentido negativo, a resistência terá o sentido de barreira, embora, muitas vezes, resistir seja um ato fundamental pra preservar determinados modos de vida, ou sustentar determinados ideais frente ao poder dominante. No trabalho, por exemplo, poderão existir movimentos de resistência com força tensionadora frente à precarização das condições de trabalho (DOBBIES, 2016).

Na Análise Institucional, Lourau e Lapassade (1972) analisam os movimentos de resistência no processo dialético das instituições. Monceau (1997) amplia o conceito de resistência destacando a institucionalização, a autodissolução e a transdução como três movimentos de resistência nas instituições.

A institucionalização é o processo no qual a instituição se produz convivendo com sua negação e podendo também produzir o fracasso da sua profecia inicial. A autodissolução é o desaparecimento de modos relacionais constituintes das interações sociais e o permanente processo de degradação que corrompe sua ideologia. Desse modo, o conceito de institucionalização abarca o conceito de autodissolução, não podendo estar dele dissociado (MONCEAU, 1997; DOBBIES, 2016).

A partir disso, Monceau (1997) define resistência como força social frente ao poder enquanto outra força social, por meio de que o equilíbrio sempre favorecerá o poder.

Nesse contexto, o analista institucional deve assumir uma posição entre a luz e sombra, de modo que não “cegue” e nem que obscureça a visão do grupo, dificultando o exercício de autoanálise e autogestão; já que o analista também faz parte do grupo, está dentro do processo e tanto as suas implicações como a dos demais participantes estão carregadas de elementos transferenciais e contratransferências de natureza inconsciente (L’ABBATE, 2012).

Portanto, é coerente utilizarmos como estratégia a pesquisa-intervenção que permite “intervir na perspectiva de ‘vir entre’ (vir, subjuntivo do verbo ver), pois só assim o socioanalista poderá acolher o não saber, tanto em relação ao grupo, como a si mesmo” (L’ABBATE, 2012, p.206).

A intervenção pode propiciar uma condição de uma visão outra, de um terceiro convidado a intervir, a vir entre, uma vez que vir, é subjuntivo do verbo ver, indicando um novo modo de olhar, perceber, identificar (L’ABBATE, 2012). Essa posição de análise se caracteriza, portanto, “por um processo de desnaturalização permanente das instituições, incluindo a própria instituição da análise (aqui entendida como atividade de um “analisador”) e a da pesquisa. É nesse sentido que a implicação do pesquisador, [...] se modifica” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 74).

Cabe ressaltar que a palavra intervenção, no Brasil, é utilizada “para caracterizar atuações de psicólogos, pedagogos, sociólogos e outros profissionais em diferentes organizações sofreu uma certa resistência” (L’ABBATE, 2012, p. 205), uma vez que a expressão e sentido da palavra intervenção está muito associada às ações autoritárias do Estado e/ou das outras instâncias de poder como, por exemplo, as duas ditaduras: a primeira de 1937-1945, no Governo Getúlio Vargas, e o golpe militar de 1964 a 1985 (L’ABBATE, 2012).

Nesse sentido, falar de intervenção implica resgatar essa relação histórica e desconstruir essa experiência com sentido autoritário e de imposição aos cidadãos. Desconstruir, para construir uma nova proposta com novos sentidos.

CAPÍTULO II:

A ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

“Quem anda no trilho é trem de ferro. Sou água que corre entre pedras-liberdade caça jeito”. (Manoel de Barros)

“Quando o mundo abandonar o meu olho. Quando o meu olho furado de beleza for esquecido pelo mundo. Que hei de fazer.” (Manoel de Barros)

Historicamente, a ordem epistemológica de cuidado ao “louco” foi pautada no conceito de doença mental como desrazão e periculosidade, baseado no princípio pineliano de isolamento terapêutico, tratamento moral na busca pela “normalização” do paciente. Nesse modo asilar de tratamento, a doença e a medicação são os principais pontos desse modelo que também é voltado para um organograma institucional piramidal ou vertical, não possibilitando construções coletivas e horizontalizadas e estímulo à autonomia e à reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTE; TORRE, 2001; COSTA-ROSA, 2000).

Assim como em diversos contextos mundiais, o movimento antimanicomial no Brasil busca a transformação do cuidado à pessoa em sofrimento mental, buscando a substituição de um modelo asilar por um modelo de Atenção Psicossocial, que seja comunitário e voltado para às singularidades dos sujeitos (HEIDRICH, 2007; BRASIL, 2005; COSTA-ROSA, 2000).

O movimento social brasileiro “Reforma Psiquiátrica” foi influenciado principalmente pela experiência italiana de Franco Basaglia que, diferente de outros movimentos – como a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, a Comunidade Terapêutica e até mesmo Psicoterapia Institucional francesa (que fazia crítica às instituições, as vendo como doências e como espaço de segregação e de verticalidade das relações e da prática do poder médico) – iniciou o processo de críticas ao modelo psiquiátrico e à necessidade de substituição das práticas e dos serviços, por meio da desconstrução e reconstrução de um novo modelo substitutivo: o movimento Basagliano (assim conhecido) que propôs novas estratégias de atenção à saúde mental (AMARANTE, 1995; HEIDRICH, 2007).

Autores como Paulo Amarante, Ana Marta Lobosque, Abílio da Costa-Rosa, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Eduardo Mourão Vasconcelos, Alice Oliveira, Luciane Kantorski, Christine Werzel, Fernando Tenório, Magda Dimenstein e Rosana Onocko Campo compuseram não só parte da história desse percurso da Reforma Psiquiátrica, como também realizaram pesquisas essenciais para a crítica e avanço no cuidado em saúde mental. Além

dessas referências, Antonio Lancetti, de nacionalidade argentina, exilado político no Brasil desde 1979, foi um dos principais precursores da luta antimanicomial brasileira; o italiano Benedetto Saraceno também foi figura importante nesse processo, não só pelas publicações, mas pela assessoria aos serviços de saúde mental no Brasil e na América Latina; e, por fim, o espanhol Manuel Desviat por ser referência internacional de profissionais e pesquisadores da saúde mental.

Esse modo de trabalho substitutivo denominado de modelo de Atenção Psicossocial pauta-se em um cuidado mais amplo, considerando o sujeito em seu contexto social, familiar, econômico e cultural para além do tratamento de sinais e sintomas do transtorno mental. Uma prática baseada na autonomia, no respeito aos direitos civis, na (re)inserção social e cultural do sujeito em sofrimento psíquico, sendo coerente ao trabalho em equipe de modo articulado e coletivo, em que o usuário também é ator no cuidado (AMARANTE, 2007).

O processo de trabalho é um meio de construção de subjetividades, onde o sujeito estabelece relações e (re)produz sua existência, tendo como elementos o objeto, no qual o trabalho será aplicado, por meio da utilização de instrumentos, que são formas materiais ou não, como o conhecimento, a consulta individual, o medicamento, dentre outros, com o intuito de alcançar uma determinada finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Enquanto o modelo de trabalho asilar tinha como objeto a doença, como principal instrumento a medicação voltada para finalidade de “cura” dos sujeitos (com a lógica de trabalho piramidal), no modelo de atenção psicossocial, a aposta é que sejamos efetivamente substitutivos a essa lógica manicomial e excludente. Nesse novo modelo, o objeto deverá ser o sujeito considerando suas variáveis clínicas e extraclínicas⁹ e, portanto, com instrumentos de trabalho que contemplem um universo mais amplo de cuidado, como atividades grupais, visitas domiciliares, dentre outras, incluindo o medicamento. Entretanto, com a finalidade de cuidar e oferecer condições que propiciem a reinserção social de pessoas que permaneceram por muito tempo (e ainda são) segregadas e construção de autonomia, considerando a participação do sujeito no tratamento, é coerente, portanto, que o trabalho seja executado por uma equipe interprofissional e estruturada sob um organograma horizontal tanto nas relações de poder, como no seio do trabalho e entre trabalhador e usuário (COSTA-ROSA, 2000; SARACENO et. al, 2010).

⁹ Estamos considerando o conceito de variáveis clínicas e extraclínicas a partir de Saraceno et al. (2010), em que este aponta a necessidade de considerar os sinais e sintomas do transtorno mental e os recursos do contexto do sujeito em toda a sua singularidade.

Como desafiador desse processo de transformação e substituição de práticas que é social e complexo, o movimento da Reforma Psiquiátrica precisar envolver de modo articulado dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais (AMARANTE, 2007).

É necessário romper conceitualmente e tecnicamente com o modelo manicomial e com os modos tradicionais de cuidado em psiquiatria, ancorados no positivismo da doença, na periculosidade, exclusão social. Torna-se, dessa forma, imprescindível considerar o contexto sociocultural do sujeito, suas singularidades, suas necessidades, sua rede afetiva e a rede de serviços e dispositivos¹⁰, assim como que sejam criadas novas legislações que protejam os direitos da pessoa em sofrimento mental. Nessa direção de mudança, a Reforma Psiquiátrica tem maior potencial de mudança no contexto de práticas, de ideologia e de conceitos, como um movimento político de transformação social.

A crise, nesse cenário, passa a ser tratada não pela eletroconvulsoterapia ou terapia intravenosa, mas sim como resultado de uma série de fatores que envolvem o contexto que por sua vez deve estar inserido no cuidado, como os familiares, vizinhos e amigos (AMARANTE, 2007).

Frente a isso, a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, foi um avanço para o cuidado em saúde mental, ao passo que prioriza o cuidado centrado no indivíduo, na família e na comunidade, protegendo os direitos das pessoas em sofrimento mental, por meio da Lei Federal nº 10216/01 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

A Portaria GM nº 336, de 2002, institui os CAPS nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004b), serviços específicos para álcool e outras drogas – CAPSad e para a infância e adolescência – CAPSi (BRASIL, 2004b).

Além disso, em 2003, foi também instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, buscando transformações nos modos de gerir e cuidar, além de valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. A PNH também fortalece o trabalho em equipe, a rede, estimula espaços de EPS e de gestão colaborativa, como estratégia de estímulo à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos e

¹⁰ Estamos considerando dispositivo, nesse contexto, como um conceito da Política Nacional de Humanização e não através do olhar da Análise Institucional.

coletivos (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, a PNH cria dispositivos enquanto arranjos de elementos que podem ser concretos, como um manual, por exemplo, e/ou imateriais, como conceitos, atitudes e valores direcionadores de práticas, mediante os quais se faz funcionar e potencializar um processo (BRASIL, 2004c).

A PNH desenvolveu vários dispositivos envolvendo coletivos visando a promover mudanças nos modelos de atenção à saúde e de gestão, como por exemplo: o acolhimento com classificação de Risco, Colegiado Gestor, Equipes de Referência e Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, dentre outros dispositivos (BRASIL, 2004c), que favoreceram o trabalho em rede, pautados em um cuidado no território dos sujeitos de modo contextualizado e voltado para as suas necessidades.

Dentre os conceitos que norteiam a PNH, a Clínica ampliada e compartilhada é uma ferramenta teórica e prática que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do adoecimento e do sofrimento, ampliando o objeto de trabalho para aspectos biológicos, sociais e subjetivos (ONOCKO-CAMPOS, 2001; CAMPOS; AMARAL, 2007). Nessa perspectiva, entendo que o estímulo e (re)construção de autonomia dos usuários não é ausência de dependência, mas a noção de que o sujeito é capaz de lidar com sua rede, seus vínculos, seu contexto e seu próprio sistema de dependências (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2004c).

A partir do conceito de clínica ampliada – clínica do sujeito, a cidadania se coloca como instrumento e finalidade do processo de trabalho, em que além dos sintomas, o discurso histórico e pessoal também são considerados (OLIVEIRA; MARCON, 2006). A clínica ampliada ou clínica do sujeito “seria o resultado de uma síntese dialética entre o sujeito e sua dor, o que permitiria uma expansão do conhecimento graças à confluência de diferentes núcleos de conhecimento propiciados pelo apoio matricial” (DESVIAT, 2018, p. 64).

O apoio matricial é uma nova forma de produzir saúde, que permite estruturar a relação entre saúde mental e atenção básica e que geralmente ocorre a partir de assessoria, parecer ou relatórios, ocorrendo de forma precária e irregular (DESVIAT, 2018). Esse modelo de matriciamento é pautado em um modo transdisciplinar de trabalho, reunindo profissionais de diferentes áreas do conhecimento, de maneira a evitar os encaminhamentos intermináveis, uma vez que oferece apoio técnico às ESF (BRASIL, 2004d).

Além disso, o apoio matricial permite ainda a “expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário” (BRASIL, 2004d, p.12)

Ampliar a clínica, enquanto clínica localizada no contexto do sujeito, para além de sinais e sintomas, requer a construção de práticas novas e substitutivas de atenção à saúde mental com a participação de todos os profissionais em todos os âmbitos de atenção.

A continuidade dos cuidados em rede é uma forma operativa de Atenção Psicossocial comunitária para garantir a utilização dos recursos de modo mais adequado e coerente com as singularidades dos sujeitos (DESVIAT, 2018). Portanto, a efetivação da Reforma Psiquiátrica, entendendo-a como movimento complexo e inacabado, ou seja, ainda instituinte, requer necessariamente uma rede comunitária de cuidados com capacidade de acolher o sofrimento mental e de ser substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (CHIAVAGATTI *et al.*, 2012).

O cuidado em saúde mental, mesmo após mais de 30 anos do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda é caracterizado por uma transição de uma prática hospitalocêntrica/manicomial para a incorporação de novos e desconhecidos saberes e instrumentos de trabalho que favoreçam a atenção psicossocial, a reinserção social, a construção de autonomia, o trabalho em equipe interdisciplinar e a vivência e participação do sujeito em sofrimento mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Um cuidado que seja descentralizado e cuja base seja representada por toda a Rede de Atenção à Saúde/Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo os dispositivos da comunidade.

A doença, representada em um diagnóstico médico, precisa sair do foco do cuidado para darmos ênfase ao sujeito e a sua existência em um ambiente social, o que não supõe uma desqualificação de um tratamento pautado no conhecimento biomédico, mas sim uma redefinição para um contexto mais amplo (DESVIAT, 2018).

A RAPS é uma estratégia regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), para atender a política vigente de saúde mental, que busca diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos e criação de serviços substitutivos à internação, como os CAPS e atendimento na AB (BRASIL, 2005).

A consolidação da Reforma Psiquiátrica depende necessariamente da construção de uma rede comunitária de cuidados, com diferentes serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com capacidade de absorver e acolher as pessoas em sofrimento psíquico (CHIAVAGATTI *et al.*, 2012).

Dentre esses serviços, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada para reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política voltada para a universalização do acesso e consolidação do processo de descentralização, tornando-se um componente essencial para efetivação das ações de saúde mental na AB, uma vez que valoriza os princípios da territorialização, o vínculo com a população, o trabalho em equipe e a

participação democrática e solidária da comunidade (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). A ESF também é organizadora da Atenção Primária à Saúde (APS) e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017); desse modo, tem maior proximidade com a comunidade.

A ESF faz parte da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) ou (APS), como conhecida internacionalmente, e se configura pelo primeiro nível de atenção e principal e porta de entrada no sistema de saúde em qualquer contexto mundial (PAIM, 2008). Uma importante ação institucionalizada na AB foi em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF) (PAIM, 2012).

A ESF tem grande responsabilidade na cobertura de cuidado de saúde na APS, buscando atender os princípios do direito à saúde e à consciência sanitária construídos por meio da Reforma Sanitária e, consequentemente, à transformação do cuidado em saúde (PAIM, 2008; 2012). Foram as políticas de fortalecimento da APS no Brasil que, desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, permitindo redirecionamentos importantes, principalmente no modelo de atenção e gestão do trabalho em saúde nos municípios (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

No entanto, após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (BRASIL, 2017) estamos vivenciando alguns retrocessos¹¹, tendo em vista o risco de precarização do cuidado em saúde, à medida que estimula a implantação de equipes mínimas compostas apenas enfermeiro e médico. Com a recomposição das equipes e reorganização do processo de trabalho, promove a relativização da cobertura universal, aponta para a segmentação do acesso e fragiliza a coordenação nacional da política, impactando nas conquistas alcançadas pela ESF e pelas políticas de AB anteriores, agravando a desassistência de boa parte da população, assim como a perda na qualidade dos serviços (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Consideramos que o contexto atual de AB corre o risco de contratar ações terceirizadas em saúde, a partir do que o governo atual vem anunciando acerca do modo de trabalho, atendendo demandas neoliberais.

Até 2012, a PNAB tinha equipe multiprofissional como estrutura básica para a constituição da ESF, sendo esta composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes

¹¹ Retomaremos a discussão acerca dos retrocessos no capítulo IV.

comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2006; 2012). Entretanto, a PNAB de 2017 aponta para retrocessos não só referentes ao quantitativo da equipe e carga horária, como também apresenta mecanismos que relativizam a cobertura universal e integral aos sujeitos.

A conferência realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, marca o momento em que começa a orientação ou a política de APS. Cabe enfatizar que esse contexto de institucionalização da APS era permeado por determinantes econômicos já instituídos para além das lutas ideológicas ou teóricas em torno desse ‘constructo’, ou seja, existia um “poder econômico do capital e o poder político dos Estados submetidos a uma dada ordem mundial que determinam, em última análise, a direcionalidade das intervenções em saúde” (PAIM, 2012, p. 343).

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm orientado a descentralização e priorizado o cuidado em saúde mental em rede, ampliando o olhar para saúde e estimulando a inclusão e/ou a qualificação de ações específicas de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2013, 2017; OMS, 2009), mesmo em um contexto nacional de pouco investimento e retrocessos em vários âmbitos, retomando propostas que atendam interesses neoliberalistas.

O cuidado em saúde mental na AB é voltado para intervenções concebidas na realidade do território do usuário, pautadas na integralidade, na singularidade, no contexto real e na autonomia do sujeito (BRASIL, 2013) e se configuram como movimento instituinte, posto estarmos ainda vivenciando transformação sobre as concepções de saúde/saúde mental e, consequentemente, mudança de práticas de cuidado.

A característica principal das ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da ESF é a coresponsabilização dos pacientes e seus grupos familiares (LANCETTI; AMARANTE, 2009), formando pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos, pois nessa lógica de funcionamento, se concretiza a implementação do modelo de atenção psicossocial e da RAPS (AMARANTE, 2007).

A RAPS tem por finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011), um importante avanço em termos jurídico-políticos para a efetivação de Atenção Psicossocial, pois reforça os direitos dos usuários, assim como respalda o cuidado em rede.

A Saúde Coletiva também abre novos caminhos para o cuidado em saúde mental ao

propor uma releitura do processo saúde-doença, considerando o sujeito em seu contexto e a partir das suas singularidades e subjetividades em relação aos outros e ao mundo (DESVIAT, 2018). A Saúde Coletiva propõe uma articulação entre as diferentes instituições da área da saúde, abrangendo “saberes e práticas, originados da produção acadêmica de instituições de ensino e pesquisa, bem como análise de questões que envolvem os serviços de saúde da população e organizações da sociedade civil” (L’ABBATE, 2013, p. 60).

O cuidado em saúde mental já é parte do cotidiano do serviço e integrado ao ser humano. Não é possível separar um tratamento físico, sem considerar as emoções, sentimentos, comportamentos, percepções, dentre outros aspectos psicossociais.

Precisamos considerar no contexto atual que a ampliação do olhar para saúde mental, inclusive com a inserção de ações de saúde mental na AB, apesar de desejável, enfrenta “diferentes forças que se contrapõem e que se situam no âmbito profissional (generalistas e especialistas), político, ideológico, epistemológico e de gestão. É um processo complexo, em razão de diferentes saberes, poderes e desejos, de diferentes atores, estarem em jogo” (HIRDES; SCARPARO, 2015, p.391).

O modelo de Atenção Psicossocial requer envolvimento efetivo de todos profissionais da rede, estratégias de formação permanente, revisão de legislações e políticas públicas, para que a prática resulte em um cuidado de fato substitutivo ao modelo manicomial. Vivenciamos um processo de construção da Reforma Psiquiátrica que, mesmo “iniciada” no final da década de 70, ainda requer criação, inovação e olhar atento e crítico a todo instante para o que fazemos e para o que entendemos como cuidado, pois há sempre o risco de reprodução, de captura do trabalho vivo e há sempre a possibilidade de cegueira para o que passamos a fazer de modo mecânico.

Talvez seja um constante andar fora do trilho, fora de práticas instituídas, e criar novos instrumentos de trabalho para ser “água entre pedras”.

CAPÍTULO III: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

“[...] Então era preciso desver o mundo para sair daquele lugar imensamente e sem lado” (Manoel de Barros)

“A expressão reta não sonha. Não use o traço acostumado [...].”(Manoel de Barros)

Um juízo pautado no preconceito, na “psiquiatrização”, na exclusão social construídos historicamente a partir das instituições, pode comprometer nossas relações, nosso trabalho e o cuidado em saúde e em saúde mental: “ela não vai se suicidar não, se quisesse mesmo, já teria feito”; “ele bebe demais porque quer, é vagabundo”; “louco é perigoso”¹². Essa naturalização das nossas percepções reduzidas à interpretação preconceituosa e excludente é construída pelos lugares de fala, pelo processo histórico atravessado pelas instituições.

A partir dessa reflexão, gostaria de trazer dois pontos acerca da naturalização: primeiro, a forma como lidamos, nos relacionamos e direcionamos o cuidado e a fala no contexto da saúde/saúde mental; e, segundo, sobre a (des)naturalização de práticas de EPS.

A ideologia – o modo como o sujeito percebe o mundo como ideal a partir de uma determinada classe social (dominada ou dominante), de um determinado lugar de fala, de uma trajetória – também interferirá no modo como ele terá ou não capacidade para desnaturalizar suas práticas e ações do cotidiano. Se o sujeito é influenciado por uma ideologia burguesa, ele terá maior probabilidade de considerar como natural (e até necessária) as grandes desigualdades sociais, enquanto a ideologia proletária poderá promover ideais revolucionários, a respeito da desigualdade social, podendo desnaturalizar essa diferença econômica, vislumbrando e lutando por mudanças. As ideologias também são construídas a partir dos grupos em que nos inserimos, do contexto e do acesso à educação.

Uma ideologia voltada para psiquiatrização do sujeito, exclusão social e “limpeza social” pautada no alienismo pineliano¹³ – com a apropriação não só da doença mental pela

¹² Falas presentes no processo de produção de dados, em que os autores das mesas foram trabalhadores e usuários do serviço. Os registros foram feitos em ambientes diversos, como a sala de espera da unidade, por exemplo.

¹³ Philippe Pinel foi um importante médico para o contexto histórico 1778, também conhecido como o pai da psiquiatria, por ter conseguido separar e identificar a “doença mental”, buscando tratamentos para sujeitos com “perturbações”, e não mais a violência como acontecia na época. Podemos dizer neste contexto da discussão, que ele desnaturalizou uma prática que vinha acontecendo como natural e correta. Uma atitude, com tratamentos, ideias, e crítica importante para o século XVIII (mas não atualmente).

Medicina, mas pela delimitação de um espaço que fosse depositário da loucura, pobreza, fome, miséria, com tratamentos morais e normalizadores (AMARANTE; TORRE, 2001) – reforça a exclusão social do “louco”.

Nesse sentido, a ideologia nos ajuda a caminhar para um “ideal” construído a partir de princípios e valores individuais (ideologias: comunistas, anarquistas, fascistas, democráticas, capitalista, conservadoras, dentre outras), mas também associado à ocultação da verdade dos fatos, com o uso da linguagem para penumbrar ou opacizar a realidade, nos tornando míopes (FREIRE, 1996). “O poder da ideologia me faz pensar nessas manhãs orvalhadas de nevoeiro em que mal vemos o perfil dos ciprestes como sombras que parecem muito mais manchas das sombras mesmas” (FREIRE, 1996, p. 126). Determinadas visões de mundo e doutrinas, podem produzir a naturalização de comportamentos, no sentido de que “sempre será assim”, pois “sempre foi assim”, dificultando qualquer tipo de análise crítica e contextual.

A ideologia tem um poder de persuasão, posto que o “discurso ideológico nos ameaça de *anestesi*ar a mente, de confundir a curiosidade, de *distorcer* a percepção dos fatos, das coisas, dos acontecimentos” (FREIRE, 1996, p. 132). Para Pichon-Rivière (2005), a ideologia está relacionada às atitudes, conceitos e referenciais e para Marx e Engels (1998) é o estudo da origem e da formação das ideias, constituindo-se numa ciência introdutória para as demais.

Para Marx e Engels (1998), as ideias de toda ordem, sejam elas filosóficas, morais, religiosas, jurídicas, artísticas ou políticas, não se desenvolviam sozinhas/por si mesmas como essência pronta e absoluta. O desenvolvimento das ideias é pautado na ideologia, entendida por eles como um “compêndio das ilusões através das quais os homens pensavam sua própria realidade, de maneira enviesada, deformada, fantasmagórica” (MARX; ENGELS, p. XXI, 1998). O sentido fundamental de ideologia para os autores é a consciência falsa e equivocada da realidade, porém necessária para convivência e atividade social. Consciência falsa no sentido de nos fazer pensar a realidade a partir da lógica de uma determinada classe social (MARX; ENGELS, 1998).

Cabe esclarecer que não estamos defendendo uma neutralidade ou “desideologia”, mas sim uma reflexão acerca da necessidade do olhar mais crítico ao que reproduzimos como natural ou fiéis a uma determinada crença, lembrando que podemos ser direcionados por ideologias de uma classe dominante, a que muitos de nós não pertencemos. Estamos nos referindo à necessidade de analisar nossas implicações histórico-estruturais, nossas implicações em sua dimensão ideológica, ou seja, o que é produzido a partir da nossa existência.

Instituições formadoras de profissionais da saúde, muitas vezes, também reproduzem o

imaginário de periculosidade, assim como outros espaços oficiais de formação, como especializações e capacitações que, por vezes, não valorizam conteúdos referentes à saúde mental. As experiências de formação da graduação têm focalizado um cuidado em saúde mental muito reducionista, distanciando da ampliação do olhar em saúde mental, para além da psicopatologia (NEVES et. al, 2012).

Essas instituições muitas vezes também reproduzem o imaginário de periculosidade, assim como fazem outros espaços oficiais de formação, como especializações e capacitações, de maneira que não valorizam conteúdos referentes à saúde mental. As experiências de formação da graduação são em sua grande maioria focalizadas em cuidado de saúde mental muito reducionista, distanciando-se do cuidado ampliado em saúde mental, para além da psicopatologia (NEVES et. al, 2012).

Entendemos que a EPS pode ser uma importante estratégia para desnaturalizar esse processo de formação manicomial, excludente e, ainda, como potencial de criação coletiva de novas práticas de cuidado pautadas no contexto e no modelo de Atenção Psicossocial.

O caminhar pela trajetória de institucionalização da EPS

Para que possamos entender a Política de EPS atualmente, é importante olharmos para o processo histórico de sua construção. A proposta da Educação Permanente (EP) não é recente, considerando que mesmo o filósofo chinês, Lao-Tsé, dizia que todo estudo é interminável. Já a expressão “educação permanente” começa a ser mencionada na França, em 1955, utilizada pela primeira vez por Pierre Furter, em um projeto de reforma do ensino, assegurando a continuação da instrução e da educação depois de terminada a formação escolar (GADOTTI, 1988; LEMOS, 2016).

Em 1956, a expressão Educação Permanente é instituída por meio de “um documento do ministro da Educação nacional da França, René Billères, sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público” (GADOTTI, 1988, p. 94).

Inicialmente, a EP aparece como uma necessidade da época, como uma força instituinte da sociedade, que exigia constante renovação dos conhecimentos. Por meio desse movimento, um trabalho teórico em torno desse fenômeno (muito mais do que a importância da formação contínua) passa a ser desenvolvido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pelo Conselho da Europa e pela Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, posteriormente, pelo Banco Mundial, ou seja, uma proposta que passa a ser fundamentada na teoria do capital humano,

como uma ferramenta ideológica do Estado para qualificar o trabalhador, atendendo a produtividade econômica e o desenvolvimento do país, numa lógica voltada ao capitalismo (GADOTTI, 1988; LEMOS, 2016).

Uma proposta que a princípio carregava ideias de renovação de conhecimentos, começa – nesse momento histórico em que a EP é incorporada no processo de formação dos profissionais de saúde – a atender os interesses do capitalismo, em que a mesma lógica voltada para o desenvolvimento da economia era utilizada para formação.

Em 1972, Edgar Faure, Ministro da Educação e ex-Primeiro Ministro francês, como presidente da Comissão Internacional de Desenvolvimento da Educação, estabelecida pela UNESCO, apresenta no relatório intitulado “Aprender a ser” (FAURE, 1973; WERTHEIN; CUNHA, 2005). Mesmo atendendo muitos interesses neoliberais, esse relatório foi um marco importante na história do pensamento educacional, à medida que trouxe seis direcionamentos para reflexões.

Primeiramente, Faure apresentou a necessidade de existência de uma comunidade internacional que devesse buscar solidariedade e unidade de aspirações, considerando diversidade de nações, culturas, políticas e diferentes tipos de desenvolvimento; em seguida, ele abordou a revolução científica, acompanhada de uma revolução técnica, bem como a relação da educação com a democracia, tendo a democracia como direito de se realizar plenamente e participar da construção do seu próprio futuro (FAURE, 1973; WERTHEIN; CUNHA, 2005); como terceiro aspecto, relacionou a educação como motivação e o emprego, em que a educação deveria suscitar permanentemente o desejo de aprender e formar-se e, para tanto, era conveniente repensar os objetivos, modalidades e estruturas da educação: era preciso ainda pensar em um plano de cidade educativa, uma vez que o conhecimento também é formado e elaborado ao longo de toda a vida. Portanto, se faz necessário reinventar e renovar, constantemente, o aprendizado que se dá muito além da sala de aula. Para uma educação mais abrangente, também utilizam-se novos instrumentos destinados à configuração da educação permanente, que não pode se satisfazer se não recorrer às possibilidades ilimitadas de novas tecnologias. Diante de tudo isso, Faure (1973) encerra os aspectos com recomendação da importância da cooperação internacional e da solidariedade global para repensar a educação – todos juntos e como um todo (FAURE, 1973).

Esse relatório trouxe movimentos instituintes de inovação do aprendizado permanente e constante, tornando-o possível em todas as etapas da vida. Esse movimento de institucionalização da Educação Permanente possibilitou recomendações ao formador de despertar e manter o desejo do/no aprendiz e que as diferentes experiências vivenciadas

também são meios de aprendizagem para se expressar, comunicar, interrogar o mundo e se construir nesse processo. Portanto, a educação não é mais restrita ao conteúdo que se deve assimilar, mas sim como um processo de ser, “Aprender a ser”, título do relatório Faure (FAURE, 1973).

A partir do Relatório Faure, a educação é postulada como para todos e ao longo da vida – *lifelong education*, apesar dos relatórios e documentos (Relatório Jacques Delors, Declaração de Hamburgo e Declaração Mundial sobre a Educação Superior para o Século XXI, entre outros) considerarem o pressuposto de que o homem é um ser inacabado e que precisa aprender constantemente para sobreviver e evoluir e, portanto, a instituição escolar não é mais o único lugar de aprendizagem (WERTHEIN; CUNHA, 2005). Precisamos também nos atentar que esses direcionamentos também entram na lógica da globalização, que também está voltada para o interesse do capital.

Ou seja, nesse contexto, há forças instituintes que tencionam para a mudança na formação, pensando em resultados qualitativos. Entretanto, há por outro lado uma força instituinte que atende o modo capitalista de produção. Esse jogo de forças é um processo de criação em que poderá ter como produto algo instituído. Há que se esclarecer que não devemos fazer uma interpretação maniqueísta, classificando o instituinte e o instituído como bom ou ruim; o instituinte é apenas um movimento para mudança (BAREMBLITT, 20002) que pode ser favorável ou não a um determinado contexto, resultando ou não em algo instituído – uma lei, normatização, dentre outros.

A UNESCO e os eixos norteadores do Relatório Faure (principalmente, educação permanente e cidade educativa) contribuíram com reflexões acerca da educação/formação, por meio das quais se inicia uma proposição do conceito de educação permanente “em um período em que os sistemas educacionais tradicionais eram questionados” (DELORS, 2010, p. 40).

Essas forças instituintes rompem com visões conservadoras relacionadas à política educacional, motivadas também por rebeliões dos estudantes em 1968 em Paris e em outros lugares do mundo, contra os modelos pedagógicos tradicionais e instituídos (WERTHEIN; CUNHA, 2005). Portanto, é importante considerarmos esse avanço e essa visão prospectiva, mas também entender em que contexto ela acontecia e quem ela atendia, em um momento crescente do capitalismo.

Gadotti, já em 1988, apresentava a Educação Permanente como um “risco”, um projeto reacionário, como uma armadilha preparada com uma aparência democrática à dominação econômica. Uma crítica motivada por uma reflexão acerca do contexto em que nesse formato,

a educação permanente ainda se fazia “de cima para baixo”, a partir de decretos, reformas e ideais e não da base, da massa, da população, do contexto, onde está a origem de toda a mudança (GADOTTI, 1988). Mesmo com movimento de mudança para institucionalização da EP, havia um risco de preservar ou reproduzir muito do que já estava instituído.

Nesse mesmo momento histórico, inicia-se a decadência dos países socialistas e a queda do muro de Berlim, em 1989 (WERTHEIN; CUNHA, 2005). Nesse período, também chamado de *annus mirabilis*, teve um forte crescimento da globalização econômica, porém também “afetou” diversas áreas e âmbitos sociais no mundo todo (DAHRENDORF, 1991), incluindo a educação e a formação de trabalhadores.

Frente a isso, Gadotti (1988) nos direciona para reflexões acerca de “para quem” e “contra quem” estão voltadas as referências e publicações acerca da Educação Permanente, impondo-se uma tarefa de demonstrar à UNESCO que o discurso desse tipo de educação é ideológico, e não neutro, e voltado para a rentabilidade do trabalho e para a melhor adaptação às novas exigências e mudanças do desenvolvimento econômico e industrial. Dessa forma, as classes populares são mantidas distantes do acesso à diversidade cultural, uma vez que essa máscara colocada nesse formato de Educação Permanente fazia com que os trabalhadores acreditassem que a formação profissional desse modo era uma necessidade do trabalhador e, portanto, estava sendo atendida a lógica do capitalismo, utilizando as qualificações para contemplar os interesses do capital e não os interesses dos trabalhadores (GADOTTI, 1988).

Nesse sentido, em vez de haver formações sindicais ou voltadas a questões de processo de trabalho, as qualificações e formações eram pré-estabelecidas e instituídas pelos detentores do poder econômico, com finalidades voltadas à rentabilidade da empresa, produzindo um trabalhador alienado, obediente, submisso, pouco questionador e, conseqüentemente, mais rentável (CHAUÍ, 1995; GADOTTI, 1988).

Fala-se em formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um recurso material, financeiro ou de infraestrutura; como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços fossem implementados com a qualidade desejada (CECCIM, 2004).

As opiniões e ideias da classe dominante nesse contexto (os detentores do poder econômico) “tornam-se o ponto de vista e a opinião de todas as classes e de toda a sociedade” (CHAUÍ, 1995, p. 174). Portanto, essa sociedade instituída e dominante determina os pensamentos e ações das classes subalternas, que se julgam livres (CHAUÍ, 1995), reforçando a alienação, como pouca possibilidade de crítica.

A Educação Permanente é, nesse sentido, profundamente conservadora e reacionária, na medida em que prolonga o *mito* de que a educação e a formação são pressupostos de toda ação, e que basta um ‘suplemento de educação’ para mudar a ordem das coisas: *a ilusão* de que a educação é a alavanca da transformação social (GADOTTI, 1988, p. 96).

No início de 1993, a UNESCO cria a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, “com o objetivo de dar um balanço das tendências educacionais face à rápida marcha do processo de globalização. A presidência da comissão foi confiada a Jacques Delors” (WERTHEIN; CUNHA, 2005, p. 18), que já havia sido Ministro da Economia e das Finanças da França e Presidente da Comissão Europeia.

Houve muitas mudanças e evoluções na educação no período entre o Relatório Faure e o Relatório Delors, mas também muitas generalizações do modo de ensinar, considerando que há diversos graus de ensino e diferentes contextos – um alerta já anunciado no preâmbulo do Relatório Faure, que já antecipava a problemática da “geografia da ignorância”, como resultado da grande distância entre os países ricos e pobres (WERTHEIN; CUNHA, 2005). As generalizações e reproduções de tecnologias para o trabalho e cuidado ainda estão presentes atualmente; mesmo quando nos propomos a realizar intervenções ou práticas inovadoras, baseadas no contexto, estamos sempre em risco de reproduzirmos o antigo, pelo vício e pela história.

O relatório Delors faz ampla reflexão sobre a mundialização das atividades e sobre a relação com a política educacional e aponta um alerta para o esquecimento do caráter único de cada contexto e pessoa, com suas potencialidades, culturas, tradições, que podem desaparecer com as mudanças em curso (DELORS, 2010) ou com a constante reprodução de técnicas, instrumentos, dispositivos, sem avaliação crítica e contextual.

Esse relatório é elaborado no momento em que a humanidade ainda sofre com as consequências das guerras, criminalidade, subdesenvolvimento, o que propicia a valorização das dimensões ética e cultural da educação, voltadas para compreensão do outro em sua especificidade, partindo inicialmente de uma compreensão de si mesmo, permeada por aquisição de conhecimento e autocrítica. A novidade desse relatório é a atenção para outros âmbitos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (DELORS, 2010).

O conceito de educação ao longo da vida é a chave que abre as portas do século XXI; ele elimina a distinção tradicional entre educação formal inicial e educação permanente. Além disso, converge em direção a outro conceito, proposto com frequência: o da “sociedade educativa” na qual tudo pode ser uma oportunidade para aprender e desenvolver os talentos (DELORS, 2010, p. 32).

O Relatório Delors foi intitulado de *Educação: um tesouro a descobrir*, por induzir a uma descoberta de si, como se revelássemos o que há escondido, promovendo descobertas e fortalecendo o potencial criativo, dando continuidade e ampliando o relatório anterior coordenado por Edgar Faure (WERTHEIN; CUNHA, 2005).

Nessa nova perspectiva, a Educação Permanente vai além de iniciativas de reciclagem, atualização, muitas vezes voltadas para promoção profissional; ela está voltada a atender a sede de conhecimento, que considerava a educação ao longo da vida como possibilidade de aprender em todas as oportunidades oferecidas pela sociedade (DELORS, 2010).

Até a década de 80, a EP segue uma trajetória que vai desde a referência de sua prática como expressão nova aplicada à educação de adultos, até o movimento de novas forças instituintes com projetos denominados também de EP, mas já com avanços na tentativa de operacionalizar o conceito (GADOTTI, 1988).

Os problemas de saúde fazem parte também de um processo histórico, social e econômico e, portanto, é coerente pensar e propor soluções com a participação de todos os atores sociais envolvidos, pensadas não só tecnicamente, mas também voltadas para uma dimensão política (DAVINI, 1995). Assim, a educação participativa pode ser uma ferramenta de reflexão acerca das práticas desenvolvidas.

A denominação Educação Permanente em Saúde começa a aparecer em 1980, como uma proposta divulgada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 1988). Todo o movimento instituinte para transformação da formação na prática resulta no lançamento da Política de EPS, enquanto processo instituído para reorientação da formação dos trabalhadores de saúde, tendo como base o trabalho e a rotina do serviço como fonte de aprendizagem e, portanto, caracterizando-se como um processo contínuo, coletivo, participativo e interdisciplinar (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994).

Anteriormente à incorporação da EPS enquanto estratégia formativa dos profissionais de saúde, existiam os planos de educação continuada (EC), que estavam institucionalizados nos serviços. Esses planos têm uma organização pedagógica baseada em um modelo vertical, unidirecional e comandada por profissões hegemônicas, com consequente delimitação do conhecimento. São, muitas vezes, fragmentados e distantes dos problemas reais do cotidiano, não envolvendo uma análise contextualizada do processo saúde-doença e do quadro político institucional (GUERRA, 1989).

Por meio das transformações sociais e das práticas profissionais, a EPS pode ser uma

ferramenta para gerar novos processos de trabalho, desde que entendamos que as instituições não são abstratas ou monopolíticas, mas sim construídas com base na percepção dos sujeitos que a “motorizam” diariamente, em um fluxo dinâmico entre o consenso e o conflito (DAVINI, 1995).

O desafio, portanto, era propor modalidades de um processo educativo que fosse permanente, rompendo com as abordagens tradicionais, e que respondesse às demandas dos serviços de saúde da América Latina, qualificando-os (GUERRA, 1989). Nesse sentido, é necessário avançar para um projeto educacional que integre não só o conhecimento acadêmico, mas também o conhecimento grupal e individual relacionado às experiências subjetivas (DAVINI, 1995).

As propostas de ações de EPS teriam como objetivo delinear o processo de trabalho como parte do cotidiano do serviço, podendo refletir acerca das ações e assim reelaborar a prática-técnica, como também os vínculos, as relações no trabalho e os aspectos sociais como estratégia para as transformações dos serviços de saúde (DAVINI, 1995).

No entanto, Davini (1995) considera que criar projetos de EPS no serviço é necessário, porém não suficiente para o progresso de uma formação mais contextualizada. Ou seja, podemos fazer práticas de educação no serviço, mas de modo contraditório com os objetivos a serem alcançados, sem possibilitar a autorreflexão e autonomia de pensamento e ação. Pensar na/sobre a prática deve ser um ato coletivo agregado de contribuições individuais (DAVINI, 1995).

Frente a isso, os pressupostos de Paulo Freire (1996) relacionados à pedagogia em geral, como por exemplo: a exigência de reflexão crítica sobre a prática; não existência da docência sem os discentes; aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação; ensinar exige consciência no inacabamento; ensinar não é transferência de conhecimento; exige respeito à autonomia; convicção de que a mudança é possível; saber escutar; generosidade (FREIRE, 1996) dentre outros, foram também incorporados por outras áreas de conhecimento, incluindo a saúde, em que a relação entre profissional e usuário precisa superar a imposição de comportamento, buscando uma relação dialógica e reflexiva, para juntos construírem melhores e mais adequados caminhos de cuidado (CORIOLANO et.al, 2012), assim como pela EPS.

A educação pode ser um processo emancipatório que possibilita a formação do pensamento crítico-reflexivo, construído e problematizado, não apenas aplicado e consumido (FREIRE, 2005) ou reproduzido. Por isso, a EPS pode ser libertária, pois não demanda apenas formação técnica voltada para um mercado liberação de produção em escala, mas também,

formação ética, humana e sociocultural, com práticas de saúde voltadas para a responsabilidade social, para o engajamento, para a cidadania e para o cuidado integral às pessoas. Torna-se, portanto, libertária, por ser pensada e repensada, baseada em saberes pregressos, porém de modo contextualizado e sempre inacabado (BALDISSERA; BUENO, 2014).

No Brasil, além da influência da Educação Popular, com diretrizes norteadoras a partir de Paulo Freire e da aprendizagem significativa, a formação educação emancipatória, como prática libertadora e de mudança, passa pela: Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação (FREIRE, 1989; CECCIM, 2004). Nessa perspectiva, verificam-se também influências do Movimento Institucionalista em Educação, principalmente por meio de produções de René Lourau e George Lapassade (LOURAU, 2014), com introdução de elementos acerca de coletivos de produção, propondo dispositivos de discussão em grupo. Do contexto institucionalista também provém à noção de autoanálise e autogestão.

No contexto brasileiro, tivemos grande influência de Paulo Freire, Ricardo Ceccim com a noção de quadrilátero da formação (CECCIM; ARMANI, 2001), Laura Feuerwerker (2004)¹⁴ e o próprio movimento institucionalista brasileiro representado por pesquisadores como Gastão Campos (2003), Emerson Merhy (2002), Luiz Cecílio (1994) e Solange L'Abbate (1997) (CECCIM, 2005). Dessa forma, a EPS pode ser considerada um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos trabalhadores de saúde “resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde” (CECCIM, 2004/2005, p. 162).

A Educação Permanente em Saúde é a “Educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população” (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994, p. 70). Todo processo de Educação Permanente requer planejamento, elaboração e execução considerando a análise do contexto cultural institucional do serviço de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

A EPS envolve o agir participativo, colaborativo, crítico-reflexivo e o mais importante: coletivo. Não se trata de uma formação baseada em transferência de conhecimento, caracterizada por um detentor do saber/*expert* e um receptor nulo, pronto para receber somente. Configura-se como um espaço de construção conjunta pautada na

¹⁴ Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim ocupavam nesse momento a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde no Governo Lula.

pluralidade da realidade, no contexto, nas singularidades, na escuta, na fala partilhada, na capacidade de olhar além, de enxergar outros mundos dentro uma mesma realidade, em que o coletivo é o gerenciador dos processos; não há um chefe, um professor ou palestrante, mas um coletivo que planeja e aprende junto.

Talvez esse seja nosso maior desafio: aprender junto e dividir o poder de gestão das decisões. Dividir não no sentido de separar e fragmentar, porém de compartilhar o poder que, por sua vez, passa a ser também um espaço de decisão coletiva. Ter a maturidade e disposição de nos despirmos de nossas certezas construídas, de tudo que está instituído e poder aprender com a experiência de um coletivo, aceitando e integrando-nos às forças instituintes.

Essa experiência talvez seja um desafio ainda maior para docentes e chefes de serviços, que se dispõem a se aventurar pelos caminhos da EPS. O docente ainda é preparado para direcionar o aprendizado em um modo muito tradicional instituído em sua formação e, nesse sentido, participar da EPS requer preparar também o “não controle” do aprendizado que este tem quando está em sala de aula.

Na EPS, não há planejamento de aula, mas um planejamento flexível para as necessidades do contexto, aberta aos saberes, às experiências e às reflexões do coletivo; não há um cronograma que precisa ser respeitado, apesar de ter contratos grupais a serem cumpridos – esses não se comparam às exigências de cumprimentos acadêmicos. Esse é um grande desafio ao docente: permitir-se não ter o controle, o que não significa dizer que há uma desorganização; a EPS requer planejamento flexível e direcionado, mas não formatado.

Para os chefes de serviço, entendo que o maior desafio é permitirem-se aprender junto com a equipe. Estar na mesma posição em um espaço mediado por poder provoca mobilizações e questionamentos na equipe, inclusive pode transferir posições de poder, à medida que a fala é partilhada no grupo; todos os saberes são valorizados e as decisões são tomadas no coletivo.

Uma das reproduções do modo instituído de formar e que ainda está presente nas tentativas de realização de EPS nos serviços de saúde é a contratação de pedagogos, psicopedagogos ou demais profissionais da Ciência da Educação para coordenarem e executarem um programa de EPS, sem considerar que são as próprias instituições que o devem fazer, sendo assessorados pelos profissionais de Educação e não o contrário (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994).

Ao contratarmos um agente externo, corremos o risco de perder a lógica de construção coletiva, participativa, de autogestão e autoanálise, pressupostos da EPS, transformando-a em capacitação.

A capacitação ainda é muito utilizada como estratégia de formação ou enfrentamento de problemas nos serviços de saúde, uma vez que é voltada para ações intencionais e planejada para fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e/ou práticas (BRASIL, 2009). A capacitação é uma estratégia limitada frente a um contexto em que se busca alcançar resolução de problemas, conflitos, identificação de limitações na rotina do serviço, guiadas pela autoanálise, pela autorreflexão e pela participação coletiva.

Essa lógica de capacitação ainda pressupõe reunião de pessoas em um local fora do contexto para os conhecimentos a serem transmitidos, incorporados e aplicados, reproduzindo um modelo escolar (tradicional) de formação. Frente a isso, entendemos que as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a mudança de prática e incorporação de novos conceitos, por tratarem de maneira descontextualizada e basear apenas na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2004/2005, BRASIL, 2009).

Nem toda ação de capacitação implica um processo de EP. Em contrapartida, a EP, como estratégia mais ampla e contextualizada, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação.

A partir de questionamentos acerca de capacitações pontuais embasadas em modelos tradicionais de educação, muitas instituições passaram a utilizar o termo Educação Continuada, muitas vezes confundindo com EP. A Educação Continuada representa um prosseguimento do modelo escolar centralizado na atualização de conhecimentos, por meio da transmissão de saberes, na maioria das vezes pontual e fragmentada, desarticulada do contexto e da participação coletiva e controle social. Além disso, configura-se como estratégia descontínua de capacitação por ter pausas temporárias como, por exemplo, com cursos periódicos, voltados ao conhecimento técnico-científico de áreas específicas (BRASIL, 2009; PEDUZZI et al. 2009; FIGUEREDO, 2014).

Ao tomar como objeto de investigação e mudança o processo de trabalho, a EP pode contribuir para a diminuição da alienação e da burocratização, ampliar a capacidade de reflexão dos trabalhadores, melhorar a autoestima e a responsabilização, fomentando autonomia e criatividade com responsabilidade profissional (BRASIL, 2014, p. 08).

Em setembro de 2003, houve uma pactuação da proposta do Ministério da Saúde pela Comissão Intergestores Tripartite, por meio da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente

em Saúde. Em 27 de novembro de 2003, aprova-se a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos de Educação Permanente em Saúde, instituindo instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da EPS (BRASIL, 2003).

A proposta é a Educação Permanente como possibilidade de melhorar a formação e fortalecer o SUS:

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, ser decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos. Eles devem levar os diferentes atores que atuam no setor da Saúde a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única (BRASIL, 2005, p. 7).

A EPS representa um avanço importante na formação dos trabalhadores do serviço, pois incorpora o ensino e aprendizagem no contexto real, transforma a prática e o cotidiano em fonte de conhecimento e problematização do próprio fazer, possibilita que os trabalhadores ocupem lugar de atores ao invés de receptores, produzindo reflexões e autoanálise (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014), isto é, ela está voltada para o potencial da prática diária, em que o trabalho é objeto de formação e transformação, os problemas e as soluções emergem do cotidiano do trabalho dos profissionais, Dessa forma, o processo educativo acontecerá por meio da problematização das ações/cuidado, de maneira que a EPS pode ser, nesse sentido, transformadora de práticas e de sujeitos (BALDISSERA; BUENO, 2014).

Uma das condições para alcançar a mudança e incorporar novos elementos à prática é a “detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho” (CECCIM, 2004/2005, p. 165). Esse desconforto precisa ser admitido, percebido, aceito e vivido, e isso só é possível através da comunicação, enquanto agir comunicativo, reflexão e disposição para produzir alternativas de práticas, conceitos e mudança (CECCIM, 2005; SILVA; PEDUZZI, 2011).

Cabe ressaltar que a EPS também demarca uma relação e uma responsabilização com a população, uma vez que há uma atenção não só à macropolítica de proteção à saúde, mas também com o desenvolvimento de práticas de cuidado às pessoas, às suas necessidades de saúde, voltada para resolutividade da atenção de todo sistema de saúde, articulando formação, desenvolvimento de autonomia, participação e controle social e gestão social das políticas

públicas de saúde, buscando a transformação das práticas de saúde e a organização no trabalho (CECCIM, 2004/2005; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Gerar desconforto faz parte do processo de EPS, uma vez que a finalidade também é questionar os lugares ocupados, como são e como estão ocupados, tomar as relações como produção e problematização; é permitir se olhar, olhar para o trabalho, deixar o conforto das cenas e, conseqüentemente, praticar a EPS (CECCIM, 2005).

A EPS não é uma proposta individual: acontece no coletivo e por meio do coletivo, tendo o trabalho como eixo estruturante da EPS. Assim, a aprendizagem se dá no trabalho, envolvendo aprender e ensinar no mesmo processo, em um movimento dinâmico, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Desse modo, pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, por acontecer no cotidiano a partir dos problemas reais do contexto (BRASIL, 2009).

A proposta é que a formação aconteça por meio da problematização do processo de trabalho, dos territórios e vislumbre autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2009; FEUERWERKER, 2014). Desse modo, a EPS não se restringe a um modelo pedagógico contra-hegemônico de formação em saúde, mas a uma proposta para o SUS pautada na reflexão e autoanálise do trabalho, utilizando a problematização como estratégia para esse processo (FEUERWERKER, 2014; MISHIMA et al., 2015).

Diante desse contexto, houve uma pressão de movimentos sociais com novos militantes sociopolíticos (CECCIM, 2004/2005), que participaram da construção de políticas públicas voltadas à inclusão e à superação da discrepante desigualdade social presente no país, dentre as quais destacamos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (MELO, 2017).

Em 2004, por meio da Portaria nº 198/GM, é instituída a PNEPS, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores (BRASIL, 2004). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, que institui a PNEPS como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento do trabalho, considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde (BRASIL, 2009).

A formação acontecia locorregionalmente por meio dos polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), com a função de: identificar necessidades de formação; mobilizar formação de gestores e ações para integração da Rede de Atenção à Saúde; propor políticas; estabelecer relações interinstitucionais; formular políticas e estratégias de formação de formadores; estabelecer pactuação e negociação entre gestão, controle social, formadores,

estudantes e serviços e; buscar relações de cooperação (BRASIL, 2004; CARDOSO, 2017).

Os projetos eram apresentados nos PEPSs e, se aprovados, eram enviados para aprovação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB)¹⁵ do Conselho Estadual de Saúde (CES)¹⁶. A CIB é um espaço intergovernamental de negociação entre Estado e municípios para planejamento, negociação e implementação de políticas de saúde pública, em que as decisões se dão por consenso e não por votação. (BRASIL, 1993). O CES é um órgão colegiado permanente e deliberativo criado pela Lei nº 8.142/90, para controlar e fiscalizar a execução das políticas estaduais de saúde (BRASIL, 1990).

Após aprovação dessas instâncias (CIB e CES), o projeto era encaminhado ao Ministério da Saúde, que descentralizava o recurso para a instituição diretamente (CARDOSO, 2017).

Figura 01: Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198/2004.

Fonte: Cardoso MLM et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1489-1500, 2017.

¹⁵ <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>

¹⁶ <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/>

Entretanto, com a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, os Polos de EP (PEPS) são transformados em Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2009), por meio das quais são definidas novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de EPS, sendo conduzida regionalmente, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das CIES e orientado pelo Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (CARDOSO, 2017). Consideramos que nesse contexto, o projeto inicial de Polos de Educação Permanente perde seu potencial de formação e autonomia, passando a ter um caráter consultivo apenas.

Figura 02: Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 1996/2007.

Fonte: Cardoso MLM et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1489-1500, 2017.

A Portaria nº 1.996 faz um esvaziamento da Portaria nº 198 uma vez que passa a ter descontinuidade do repasse dos recursos da PNEPS aos estados, gerando insegurança acerca da continuidade. Além disso, a quantidade de dispositivos criados nessa segunda portaria dificultou: o acesso aos recursos; a vivência da política em seus princípios basilares; e o enfraquecimento das CIES como espaço de pactuação e cogestão solidária (CARDOSO, 2017).

O quadro a seguir, discutido em uma tese acerca da institucionalização da EPS (FARIA, 2008), aponta algumas diferenças entre as duas portarias, em que podemos destacar a transferência de recurso fundo a fundo que pode comprometer a destinação do dinheiro e a diminuição da diversidade das instâncias participantes com a Portaria nº 1.996.

Figura 03: Comparativo da Portaria MS-GM nº 198/04 e Portaria MS-GM nº 1996/07. Aspectos selecionados

ITEM	PORTARIA 198/FEV. 2004	PORTARIA 1996/AGOSTO 2007
OBJETIVO	- Instituir a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor	- Novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Vida.
INSTITUIÇÃO CONDUTORA	- Pólo de Educação Permanente	- Colegiados de Gestão Regional – Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)
COMPOSIÇÃO DO PÓLO E CIES	- "Poderão compor os Pólos gestores estaduais e municipais de saúde e educação."	- "As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal"
INSTRUMENTO DE GESTÃO	- Instrumento não especificado	- Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAPEL DAS SES	- "Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à SES a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços" (secundário)	- "Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço" (principal)
PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	- Acreditação dos Projetos e Assessoramento - Previsão: criar Comissão Nacional de acompanhamento da política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da SGTES, com participação do MS, Conass, Conasems, MEC, estudantes universitários e associações de ensino das profissões da saúde.	- Assessoramento e Controle - Previsão: reativar a Comissão Nacional de acompanhamento da política de Educação Permanente do SUS, com gestores das três esferas de governo, controle social, instituições de ensino e trabalhadores da saúde.
FINANCIAMENTO	- Recursos do Orçamento do Ministério da Saúde	- Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde.
CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS	- População dos Municípios em gestão plena por estado - Número de conselheiros de saúde - Inverso da capacidade docente universitária e técnica instalada - Número de UBS, postos e centros de saúde. - População total do estado - Número de cursos universitários da área de saúde	- Cobertura das equipes da saúde da família - Cobertura das equipes de Saúde Bucal - Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - Número de profissionais de saúde que prestam serviço para o SUS - População do Estado - IDH-M 2000 - Inverso da concentração de instituições de ensino e escolas técnicas.
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS	- Para as entidades responsáveis pela execução das ações	- Fundo a Fundo (municipal ou estadual)

Fonte: FARIA, R. M. B. Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006. 2008. 236 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Outro aspecto a ser destacado refere-se à composição das CIES, quando estas existem, pois se mostra prejudicada na representação dos atores que as compõem, sobretudo em relação aos trabalhadores e usuários, que poderiam estar representados pelos conselhos de saúde. Essa lacuna desequilibra o "Quadrilátero da Educação Permanente", fundamental na concepção da PNEPS (CARDOSO, 2017, p. 148).

O Quadrilátero da Formação busca romper com pensamentos instituídos, fórmulas ou modelos, considerando aspectos que envolvam ensino-gestão-atenção-controle social. Para que a EPS seja aprendizagem no trabalho – e, assim, o aprender e o ensinar se incorporem na rotina, baseando-se em aprendizagem significativa e na transformação das práticas, utilizando as experiências e conhecimentos de todos os envolvidos para enfrentamento de problemas, a partir de reflexões e problematização – é preciso pensar e providenciar subsídios, dentre os quais, os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009):

- *A análise da educação dos profissionais de saúde* - mudar a concepção hegemônica tradicional para uma construtivista, com incentivo à produção de conhecimento no serviço e pelo serviço, por meio da sensibilização;
- *Análise das práticas de atenção à saúde* - construir novas práticas voltadas para a integralidade, humanização e participação dos usuários;
- *Análise da gestão setorial* - reconfigurar a rede de serviços, assegurando que haja uma rede que atenda as necessidades em saúde e considere a avaliação e satisfação dos usuários e;
- *Análise da organização social* - verificar e estimular os movimentos sociais, acolher e construir atendimento as necessidades sociais por saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005).

A concepção do Quadrilátero da Formação, criada por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, ainda quando ocupavam o Ministério da Saúde, foi uma orientação essencial para construção de EPS enquanto política.

Os mecanismos de gestão propostos na Portaria nº 198 para uma participação conjunta e caracterizada por protagonismos – pautada em um organograma de roda com poderes compartilhados e não em uma pirâmide de base larga ocupada pelos municípios, seguida dos estados e a União no topo – perdem seu potencial de interlocução permanente de diálogos nos espaços dos PEPS, se tornando um pouco distantes da proposta inicial quando novas diretrizes esvaziadas de sentido são implementadas com a Portaria nº 1996 em 2007.

As práticas educativas precisam ser constantemente revistas, no sentido de reflexão acerca do que estamos fazendo (ou reproduzindo), para que o conhecimento alcance significativamente o cruzamento com os saberes operados na realidade, viabilizando autoanálise, autorreflexão e autogestão dos coletivos, em que os profissionais são os próprios atores e protagonistas nesse processo de mudança de realidade desejada (CECCIM, 2004/2005). O diferencial do conceito político-pedagógico da EPS é “priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho” (CECCIM, 2005, p. 976).

Para ser ator nesse processo de formação pela EPS, é importante que olhemos e revisitemos práticas do cotidiano carregadas de reproduções de hábitos, papéis instituídos por um modelo hegemônico e naturalizações, para que consigamos desaprender para aprender novamente (CECCIM, 2004/2005). Olhando para as instituições que nos permeiam e, conseqüentemente, para o nosso lugar de fala e o modo como fomos sendo construídos, como

nos tornamos o que somos – sujeito-profissional, sujeito-estudante, sujeito-paciente, sujeito-mulher – enfim, temos possibilidade de sermos potência para transformação em ator ativo e permitir modificar e ser modificado nesse movimento de aprender algo, mas também de aprender a ser.

Cabe enfatizar, que a todo momento somos seduzidos para fabricação de manuais de “como fazer” a EPS, engessando e capturando um processo de formação criativa e criadora. Contudo, mesmo como uma política pedagógica institucionalizada e como uma prática institucionalizada, não é esse o fato que a captura para algo conservador, mas sim como ela é direcionada.

É por esse motivo que Ceccim (2005a) trata da EPS como um desafio ambicioso e necessário, não só por envolver a formação profissional, a prática, a gestão e a organização do serviço, mas por estar diretamente relacionado também ao desafio de nos conhecermos e conhecermos melhor o mundo do trabalho.

A partir de 2014, o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, integrando o programa SUS Educador, propõem o curso de Especialização e Aperfeiçoamento de Educação Permanente em Saúde em Movimento, destinado aos profissionais, estudantes e cidadãos envolvidos na rede de saúde.¹⁷

Esse curso baseia-se em uma formação educativa não compatível com a reprodução e naturalização da realidade do cotidiano, reconhecendo as produções locais, práticas cooperativas de aprendizado e entrelaçamento de saberes.¹⁸

Essa proposta inovadora da EPS em Movimento representa um convite para instaurar processos de aprendizagem que viram acontecimentos a partir dos encontros que produzem estranhamentos, incômodos e invenções de prática e de estratégias de estar com os outros. Trata-se de um convite aos trabalhadores do SUS para invenção de novas estratégias para aprender, cuidar e viver a EPS, dando destaque à potência do trabalho vivo em ato (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

É a partir das experiências singulares dos encontros entre trabalhadores x usuários x gestores, com investimentos em novos desejos e novas perspectivas, que poderemos dizer que

¹⁷ Informações retiradas do site: <https://www.ufrgs.br/educasaude/eps/>

¹⁸ A especialização da EPS em movimento também envolve a formação de mediadores de educação permanente em saúde das 435 regiões de saúde do país. Constituída por um curso “de base” com carga horária de 360h, a formação inclui planos de ação locorregional, plano de intervenção em redes e projetos de estudo colaborativo de reconhecimento do mundo vivo do trabalho, movimentos e práticas na saúde: <https://www.ufrgs.br/educasaude/eps/>

não há um final ou verdade única para aprendizagem (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Por isso, a EPS está em movimento, inacabada, sempre em criação, em transformação, em produção, em potência de ser e vir a ser.

Portanto, não há roteiros, fórmulas ou prescrições do que é ou não EPS; o que existem são os desejos de invenção, de produção, de criação, de encontro, de novidade, de revisitar e reconversar o velho com o sabido, de arriscar-se, de se permitir olhar de outro modo, com outros óculos, com outras cores. É reconhecer a referência não como algo ruim, mas como possibilidade de descoberta e de aprender por ela (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

A especialização da EPS em Movimento não propõe um material pronto, como um guia a ser seguido, porém um material em produção coletiva, por meio do convite para rastreamos em nós mesmos nossas experiências, afetações e possibilidades de invenções que temos em nós, ou seja, é uma oferta de arte-aprendizagem-em-si, como um mosaico que tem seu próprio percurso formativo e o formato do seu próprio material (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

A EPS em Movimento nos apresenta o desafio de sermos “anfíbios voadores” no cotidiano do trabalho. O anfíbio é capaz de viver em terra e água; alguns possuem estruturas membranosas que lhes permitem saltar e poder “voar”, mesmo que seja a pouca distância do chão. Essa imagem de um anfíbio voador que transita na água, na terra e no ar, explorando o seu território com todas as possibilidades e que ao mesmo tempo tem uma visão distanciada e mais panorâmica da realidade, é que nos convida para exercer a função radar, captando as sensações da realidade conectando com o mundo do trabalho e com a diversidade do território. Aprender no trabalho e com o trabalho, no encontro, na interação com o outro, é também um “desafio ambicioso e necessário”, pois precisamos aprender a conviver com a incerteza e com as múltiplas possibilidades de conexões (EPS EM MOVIMENTO, 2014b).

Nessa perspectiva, a função radar provavelmente represente uma nova função “radar” seja um novo mecanismo capaz de produzir visibilidade e dizibilidade, ou seja, de ver mundos no mundo e de criar mecanismos de “falar sobre”, de olhar para o contexto e de ver novas e diversas possibilidades. É necessário que cada um dos envolvidos com EPS consiga ativar esse modo “radar” por meio de um olhar vibrátil que, diferente do olhar da retina que somente vê, a proposição de usarmos nossa vibratibilidade é para enxergarmos outras formas e cores; o olhar além daquele mundo “físico” que estamos acostumados a ver e reproduzir como natural (EPS EM MOVIMENTO, 2014c; ROLNIK, 2014).

Esse é mais um desafio para a prática, para o cotidiano e para a formação: utilizar a vivência, a experiência como meio de aprender no trabalho e com o trabalho, na interação

com o outro, no encontro, no “entre”. Ativar nossa “vibratilidade”, nosso radar para rastrear potencialidades do cotidiano, para identificarmos não somente novos territórios e formas de cuidar, mas também novas formas e estratégias de aprendizado em todos os âmbitos do trabalho, desde uma reunião de equipe até as conversas informais de corredores.

O contexto é o ponto central da EPS. Por meio de uma rede de conexões de apoio mútuo e autopoietico, em que as trocas de experiências e tecnologias são permeadas pelo diálogo, escuta e capacidade vibrátil possibilitando o olhar para o território de diferentes pontos de “vista”/pelos diferentes atores envolvidos na prática e na gestão do SUS (EPS EM MOVIMENTO, 2014c).

Com base na concepção de ponto de cultura da rede¹⁹, passa-se a repensar a EPS como reconhecimento de que, no trabalho em saúde, aprendemos e ensinamos a partir dos próprios atos. A política dos pontos de cultura foi uma inspiração para o desenho da EPS em Movimento e a partir dela foram incorporados dois conceitos importantes para a prática da EPS em Movimento: reconhecimento e cooperação – reconhecimento de que todos possuem um saber, de que todos são educadores e o que a proposta de EPS em Movimento propõe disparar processos de cooperação entre os sujeitos.

Seguindo esta lógica, é possível compreender que a educação e a aprendizagem não são “propriedades” de instituições de ensino, nem de gestores ou qualquer outro membro/pessoa integrante do processo de formação. A EPS não acontece unicamente por meio de técnicas pedagógicas e conteúdos operados em espaços formais de treinamento, capacitação, curso ou grupo educativo. A EPS é a invenção de novas possibilidades de viver e vir-a-ser. (EPS EM MOVIMENTO, 2014c).

O reconhecimento do conceito de cultura como prática inerente aos seres humanos preconiza que a cultura não está restrita ao que se produz nas salas de aula ou por artistas reconhecidos ou pela comunicação de massa. Esse reconhecimento possibilitou des-silenciamento de muitas produções culturais, emergindo coletivos que ampliam a rede de cultura ponto por ponto (EPS EM MOVIMENTO, 2014c).

¹⁹ O reconhecimento de pontos de cultura inciou-se na gestão de Gilberto Gil no Ministério da Cultura, oportunidade em que foram reconhecidas as iniciativas e produções culturais que estavam embrenhadas nos territórios. Tal rastreamento das iniciativas possibilitou a descentralização orçamentária da área da cultura e o investimento na cultura por quem já a praticava nas comunidades. Esse movimento não foi plenamente um sucesso, pois encontrou obstáculos para se viabilizar no entendimento de que repassar dinheiro público para qualquer grupo exigiria um grupo que pudesse prestar contas do dinheiro recebido de um modo bem formal. E essa exigência não correspondia à capacidade da maioria dos grupos que se inscreveram para ser ponto de cultura (e o eram!). Por interferência de parte do Ministério Público, muitos grupos foram inviabilizados e o governo não encontrou soluções a bom termo. Porém, essas dificuldades não roubam dessa iniciativa o que ela tem de muito original e nem as coisas que ela produz, nas quais vale a pena insistir.

O ato de valorizar falas e espaços até então silenciados inicia a produção de diálogos e vislumbra também possibilidades de valorização do contexto. Isso é fazer EPS (em constante movimento, é valorizar as potências, as falas, e o contexto.

A EPS em movimento tem dado novos rumos e novas possibilidades para a formação. Entendemos que todas as políticas e normatizações instituídas foram importantes para legitimação e fortalecimento da formação pelo e no trabalho, mas também compreendemos que a EPS em movimento inova em seu modo de propor a formação desde o seu convite para aprender e construir junto, de valorizar todos os espaços, diversidade e territórios como meio de transformação. Além da recomendação ministerial, a EPS é uma possibilidade que enriquece o formar, o crescer e o conhecer.

Talvez atualmente tenhamos dois modos de fazer EPS: o primeiro guiado pelas políticas ministeriais e pelos facilitadores da EPS; e o segundo, a EPS em Movimento. Em um dado momento, eles se encontram em um ponto de interseção, com elementos que são comuns a ambas, mas entendemos que a EPS em Movimento simplifica as possibilidades de aprendizagem, ou seja, valoriza as riquezas do mundo do trabalho como fonte e lugar de formação. Simplificar não no sentido de desvalorizar, de ser superficial ou simplista, porém de fazer com que algo (formação) fique mais simples, menos complicado, mais compreensível, mais acessível, embora possível e concreto.

A busca da EPS por processos menos enrijecidos, retos e habitados na formação em serviço, resultou em leituras e análises para compreender de modo mais amplo as práticas educativas. Esta procura encontrou eco em Manoel de Barros, poeta mato-grossense e pantaneiro, em que suas poesias e obras têm como característica central a proposta de “olhar além” do que a realidade “nos mostra”, de transfigurá-la, trazendo para discussão a importância de rever as práticas ancoradas em rotinas e regras instituídas, fortalecendo o trabalho com espaço potente para formação e “desformação” (FIGUEIREDO; GOUVEA; SILVA, 2018).

Por meio da poesia de Manoel de Barros, e de diversos outros contextos já apresentados, a EPS em Movimento nos estimula a desver o mundo que estamos habituados, para que consigamos sair de nossos lugares acostumados. Ou seja, é um convite para questionar o que já é dado como natural, para que não usemos “traço acostumado”, e que consigamos criar a partir do ato de “transver o mundo”.

Contextualização da EPS para formação em saúde mental

Buscando conhecer e compreender os estudos que vêm sendo feitos em relação à EPS para formação em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde, realizamos uma revisão integrativa para responder à seguinte questão: Há evidências acerca de como vem sendo desenvolvida a EPS como estratégia de formação em saúde mental de atenção primária à saúde? Quais e como são estruturadas?

A revisão integrativa tem potencial de apresentar o estado da arte e contribuir para o desenvolvimento teórico (WHITTEMORE; KNAFL, 2018). Esse método permite a inclusão de diversas metodologias, experiências e pesquisa, contribuindo para apresentação de variadas perspectivas sobre um fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2018).

Baseamo-nos em Whittemore e Knafl (2018) ao proporem cinco etapas para levantamento bibliográfico: formulação do problema ou questão, busca na literatura, avaliação dos estudos, análise crítica dos artigos e apresentação dos resultados.

A primeira etapa trata sobre a formulação da questão norteadora da pesquisa, para a qual foi utilizada a estratégia “PICO” que representa o acrônimo *Participants, Interventions, Comparisons* e *Outcomes*. Quando utilizamos essa estratégia para elaborar a questão, o resultado da busca tende a ser mais efetivo (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Desse modo, classificamos como Participantes, os profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde que implementam ações de EPS; a Intervenção, como práticas de saúde mental norteadas pela política de EPS na Atenção Primária à Saúde; e o Desfecho, autoanálise do cotidiano de trabalho. Não utilizamos a estratégia de comparação para este estudo.

Para construção desta pesquisa e busca das referências, elaboramos e respeitamos os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos recentes publicados nos últimos cinco anos em periódicos nacionais e internacionais (consideramos esse período por incluir estudos recentes e a criação da Política de EPS); 2) publicados nos idiomas português, inglês, francês e espanhol; 3) que configurem artigo científico; 4) produção disponível *on-line*; 5) trabalhos com o tema de EP em saúde mental na Atenção Básica. Foram excluídos do estudo artigos de reflexão teórica, resumos apresentados em evento, cartas ao editor, relatos de experiência, dissertações, teses e estudos de caso.

Para realização da busca, utilizamos os Descritores (controlados) em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH Database:

- Educação Permanente; Educação Continuada; Educação contínua (*Educación Continua; Education Continuing*);

- Saúde mental; Psiquiatria (*Mental Health; Psiquiatria; Psychiatry*);
- Atenção Primária à Saúde; Atenção primária de Saúde; Atenção Básica à Saúde
Atenção Básica de Saúde; Atenção Primária; Atenção Primária em Saúde (*Primary Health Care; Atención Primaria de Salud*);
- Autoanálise (*Autoanalysis; Autoanálisis*).

A partir dos descritores, montamos estratégias de buscas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine).

LILACS:

- **Estratégia 1:** Educação Permanente [Descritor de assunto] *or* Educação Continuada [Descritor de assunto] *and* Saúde Mental [Descritor de assunto]: 15 artigos.
- **Estratégia 2:** Educação Permanente [Descritor de assunto] *or* Educação Continuada [Descritor de assunto] *and* Psiquiatria [Descritor de assunto]: nenhum artigo.
- **Estratégia 3:** Educação Permanente [Descritor de assunto] *or* Educação Continuada [Descritor de assunto] *and* Atenção Primária à Saúde [Descritor de assunto]: 58 artigos.
- **Estratégia 4:** Educação Permanente [Descritor de assunto] *and* Saúde Mental [Descritor de assunto] *and* Atenção Primária em Saúde [Descritor de assunto]: dois artigos.
- **Estratégia 5:** Educação Permanente [Descritor de assunto] *and* Saúde Mental [Descritor de assunto] *and* Autoanálise [Descritor de assunto]: nenhum artigo.

Após a leitura dos títulos, restaram 45 artigos e, após a leitura dos resumos, chegou-se a nove artigos.

Estratégia 1:

- Educação Permanente em Saúde mental: relato de experiência. Interface comun. saúde educ;20(57):475-484, abr.-jun. 2016.
- Aprender na terceira idade: educação permanente e velhice bem-sucedida como promoção da saúde mental do idoso. Rev. Kairós;16(2):195-212, jun. 2013.
- Oficina de atividades para acompanhantes em um serviço de saúde mental infantil - intervenções da terapia ocupacional. Rev. ter. ocup;25(1):88-93, jan.-abr. 2014.

- Conocimiento adquirido y adherencia en un diplomado sobre la salud mental para docentes orientadores. Rev. salud pública;16(6):1-1, nov.-dez. 2014. illus, tab.
- Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. Interface comun. saúde educ;17(47):835-845, out.-dez. 2013. tab.
- Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. Interface comun. saúde educ;16(43):1095-1106, out.-dez. 2012.

Estratégia 3:

- Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a Educação Permanente em Saúde e o agir comunicativo. Saúde Soc;20(4):1018-1032, out.-dez. 2011.

Estratégia 4: repetidos

MEDLINE:

- **Estratégia 1:** ((*Education Continuing*) AND *Mental Health*) AND *Primary Health Care*: 316 artigos.
- **Estratégia 2:** (((*Education Continuing*) AND *Mental Health*) OR *Psychiatry*) AND *Primary Health Care*: 1599 artigos.
- **Estratégia 2:** (((*Education Continuing*) AND *Mental Health*) AND *Primary Health Care*) AND *Autoanalysis*: nenhum artigo.

Selecionamos 30 artigos a partir da leitura dos resumos. Oito artigos foram excluídos da base de dados Medline por não estarem disponíveis *on-line*. Dentre os 22 artigos restantes, realizamos uma avaliação criteriosa buscando atender os critérios de inclusão pré-estabelecidos, a partir da qual restaram dez artigos nesta revisão integrativa.

Dentre os dez artigos, sete eram em inglês, com dois estudos desenvolvidos na Holanda, dois no Canadá, dois nos Estados Unidos e um estudo no Reino Unido. Os três estudos em língua portuguesa foram realizados no Brasil.

Em relação ao tipo de estudo dos artigos selecionados: sete artigos foram produzidos por meio de pesquisa quantitativa; duas pesquisas qualitativas (uma pesquisa documental e outra pautada na Análise de Conteúdo); e uma pesquisa que utilizou metodologia quantitativa

e qualitativa conjuntamente.

Oito artigos tratam apenas de treinamentos, com uma lógica voltada para capacitações. Apenas dois artigos referem-se a experiências de Educação Permanente em Saúde para discutir o cuidado em saúde mental. Nenhum estudo se propôs a analisar a EPS para formação em saúde mental na APS²⁰.

A partir da análise dos artigos, apresentamos no Quadro 01 resultados relacionados à referência, ao ano, ao delineamento e aos participantes, bem como ao desfecho.

Quadro 01: Apresentação da síntese de estudos quanto à referência, ao ano, ao delineamento e aos participantes e ao desfecho.

Título/Referência	Ano/ País	Delineamento e número de participantes	Intervenção	Desfecho
1-Beurs DP, de Groot MH, Bosmans JE, de Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B, et al. Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2013 Nov 6;14:372.	2013 Holanda	Estudo clínico multicêntrico randomizado e controlado. Profissionais de 43 Departamentos de cuidado em saúde mental (não informam a quantidade de profissionais participantes do treinamento).	Programa de treinamento de grupo interativo de pequeno porte com duração de um dia com suporte <i>on-line</i> .	Melhores habilidades e confiança, menos tentativas de suicídio em comparação com pacientes na condição de controle.
2-MacCarthy D, Kallstrom L, Kadlec H, Hollander M. Improving primary care in British Columbia, Canada: evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. <i>BMC Med Educ</i> . 2012 Nov 9;12:110.	2012 Canadá	Estudo quantitativo, utilizando escala de satisfação. Um grupo de 887 e outro grupo de 405.	Um Programa de Suporte para mudança de Prática que consiste em um número de módulos de aprendizagem	A maioria concordou que suas habilidades e sua confiança em diagnosticar e tratar condições de saúde mental melhorou; e 41,0%

²⁰ Utilizo Atenção Primária à Saúde e não Atenção Básica como no título, por ter utilizado como descritor.

			de educação continuada.	concordaram que sua frequência de prescrição de medicamentos diminuiu.
3-Beurs DP,de Groot MH,de Keijser J,Duijn E,Winter RF,Kerkhof AJ. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. Br J Psychiatry. 2016 May;208(5):477-83d. 2016.	2016 Holanda	Estudo quantitativo com delineamento experimental/ estudo randômico. 16 grupos de intervenção e 13 grupos controle, com 397 participantes no total.	Formação em suicídio para equipe multiprofissional, por meio de treinamento. fornecido por pares	Os resultados foram referentes apenas a um subgrupo de pacientes com diagnóstico de depressão, na mudança na ideação do suicídio.
4-Manning JC, Carter T, Latif A, Hosley A, Cooper J, Armstrong M, et al. 'Our Care through Our Eyes'. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses' knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK., Callaghan P, Wharrad H. BMJ Open. 2017 May 4;7(4):e014750.	2017 Reino Unido	Estudo quanti-quali, de intervenção prospectivo, descontrolado, com medidas de pré-intervenção e pós-intervenção. 98 participantes foram recrutados, mas 33 relataram ter completado a educativa digital.	Intervenção Educativa digital.	Em relação àqueles que completaram a intervenção (n = 33), foram observadas melhorias no conhecimento, confiança e em alguns domínios relacionados a atitudes, desenvolvimento de habilidades, sentimentos de capacitação e reflexão sobre a própria prática.
5-McCaffrey ESN, Chang S, Farrelly G, Rahman A,	2017 Canadá	Estudo quantitativo, quase	Programa de educação	Médicos treinados fizeram referências

Cawthorpe D. Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH). Evid Based Med. 2017 Aug;22(4):123-131.		experimental, com <i>design</i> de comparação de casos. 99 médicos participantes.	continuada em psicofarmacologia pediátrica projetado profissionais de cuidados primários de saúde.	mais adequadas (cl clinicamente mais severas) e encaminhamentos reduzidos para emergência Serviços.
6-Patel SR, Gorritz M, Olfson M, Bell MA, Jackson E, Sánchez-Lacay JA, et al. Training community-based primary care physicians in the screening and management of mental health disorders among Latino primary care patients. Gen Hosp Psychiatry. 2016 Jan-Feb;38:71-8.	2016 Estados Unidos da América	Estudo quantitativo realizado em duas fases. De 3.804 pacientes selecionados nas clínicas de atendimento primário, 209 completaram uma entrevista de linha de base e 172 completaram a entrevista de acompanhamento.	Intervenção em duas fases. Sete práticas com detalhamento acadêmico e consulta em psiquiatria (Fase 1) e agendamento de consultas com assessoria de psiquiatras uma vez por semana, de duas a três horas (Fase 2).	A língua específica (latina) e a consulta caso a caso com gestão dos medicamentos foram benéficas. A organização dos agendamentos das consultas, assim como os lembretes, aumentaram a quantidade de pacientes encaminhados para serviços psiquiátricos com mais propensão a seguir o tratamento.
7-Jerant A, Lichte M, Kravitz RL, Tancredi DJ, Magnan EM, Hudnut A, Franks P. Physician Training in Self-Efficacy Enhancing Interviewing Techniques (SEE IT): Effects on Patient Psychological Health Behavior Change Mediators. Patient Educ Couns. 2016 Nov;99(11):1865-1872.	2016 Estados Unidos da América	Estudo quantitativo controlado randomizado. 131 pacientes que visitaram serviços de cuidados primários quatro meses ou mais, após os 27 médicos participarem de um	Treinamento no uso de nove técnicas de entrevista de aprimoramento de autoeficácia.	Os pacientes que visitaram os médicos treinados apresentaram maiores pontuações na Escala validada de Autogestão de Condição Médica Percebida para medir a

		estudo controlado randomizado. Grupo controle: 23 médicos		autoeficácia geral do autocuidado, teste, tendo mais ações de autocuidado.
8-Novaes MA, Machiavelli JL, Verde FCV, Filho ASC, Rodrigues TRC. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. Interface comun. saúde educ. 2012;16(43):1095-1106.	2012 Brasil	Estudo Quantitativo. 1422 profissionais que participaram dos seminários e 27% respondeu à avaliação	Seminários de saúde mental disponibilizados <i>on-line</i> para formação em educação continuada.	95% consideraram que os Seminários em Saúde Mental contribuíram para o desenvolvimento das suas atividades profissionais.
09- Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Botucatu: Interface [Internet]. 2017 Dec; 21(63):833-844.	2017 Brasil	Pesquisa qualitativa, a partir de Análise de Conteúdo de um banco de dados secundários. Instrumento de avaliação disponibilizado a 1600 tutores, tendo 890 preenchidos (amostra de conveniência).	Formação realizada por meio do projeto “Caminhos do Cuidado”.	Metodologia e ampliação de conhecimentos; Quebra de paradigmas e mudança de olhar em relação ao usuário de álcool e outras drogas; implementações de ações Educação Permanente em Saúde.
10-Santos AA, Dalla Vecchia M. Oficina de formação em saúde mental como estratégia de Educação Permanente em Saúde. Saúde e transformação Social. 2016;7(2):69-82.	2016 Brasil	Pesquisa qualitativa documental. (número de participantes não informado)	Formação voltada para profissionais de Atenção Primária realizada por meio de dez oficinas	A Oficina não tinha como proposta inicial se configurar como uma atividade de EPS, porém foi oportunidade para a reflexão sobre o

			quinzenais.	processo de trabalho e as dificuldades vivenciadas. Mediação dos coordenadores pode ter contribuído para minimizar as consequências das relações de poder, devido ao diálogo oportunizado.
--	--	--	-------------	--

Dentre os dez artigos, sete foram realizados a partir de pesquisas quantitativas, um estudo quantitativo e qualitativo e dois estudos qualitativos.

A maioria dos artigos (BEURS et. al, 2013; BEURS et. al, 2016; MACCARTHY, 2012; MANING et. al, 2017; McCAFFREY et al, 2017; PATEL et. al, 2016; JERANT et. al, 2016) estava voltada para repercussões de treinamentos nas habilidades dos profissionais e no tratamento do paciente ou então voltados à mensuração de impactos vinculados ao trabalho, dentre os quais apenas dois (SANTOS; DALLA VECCHIA, 2016; SANTOS; FERLA, 2017) apresentaram a EPS como espaço de construção coletiva e de autogestão, pautada em reflexões acerca de processos de autoanálise e autorreflexão do processo de trabalho.

Os estudos quantitativos estavam pautados em formações baseadas em treinamento e capacitação ou mesmo quando se voltavam para uma proposta mais discursiva e participativa, a finalidade era a melhoria de habilidades, competências direcionadas à prática de saúde, qualificação do conhecimento e domínio de conteúdo.

Os objetivos dos estudos estão voltados para verbos como avaliação e mensuração. Ambos os verbos – avaliar e mensurar – estão relacionados a estabelecer valia, computar valor e quantidade, ao passo que com a EPS buscamos repercussões subjetivas nas relações interprofissionais, no olhar para si mesmo, na autogestão no trabalho e da formação, aspectos que são difíceis de serem “medidos” com uma escala, por exemplo.

Cabe ressaltar que todos os estudos realizados por pesquisadores brasileiros estavam direcionados para EPS, perpassando rodas de conversa, apontando que essa estratégia permitiu a aproximação dos profissionais de diferentes serviços, por meio da qual a equipe se sentiu incentivada e valorizada.

Dois estudos brasileiros (SANTOS; DALLA VECCHIA, 2016; SANTOS; FERLA, 2017) relataram que a EPS pode ser um espaço de: reflexão; problematizações; reflexões acerca de preconceitos e da desconstrução do modelo manicomial como única possibilidade; desnaturalização de conceitos e práticas de saúde mental; discussões sobre as diferentes perspectivas a respeito do sofrimento psíquico e da atenção psicossocial; incorporação da discussão de intervenções presentes no cotidiano da prática, como o acolhimento e a escuta qualificada, ampliando os modos de fazer saúde.

Outro aspecto importante trazido por um dos estudos (NOVAES et. al, 2012) foi a de que, ao começarem discutir questões de saúde mental, perceberam que havia dificuldades também no processo de trabalho da equipe e em equipe. E mesmo que inicialmente não tivessem objetivo da atividade se configurar como uma ação de EPS, as equipes avançaram em reflexão acerca do cotidiano do trabalho. A estratégia de condução também foi apontada como essencial para minimizar as consequências das relações de poder, devido ao diálogo oportunizado com participação de todos.

Percebemos que os artigos voltados para treinamentos e capacitações não previam que a formação também pode se configurar parte de uma mudança institucional e, além disso, alguns problemas enfrentados no serviço vão além de discussões técnicas e formativas acerca de determinados conteúdos (BRASIL, 2009).

Essa lógica de capacitação ainda pressupõe reunião de pessoas em um local fora do contexto para os conhecimentos serem transmitidos, incorporados e aplicados, reproduzindo um modelo escolar (tradicional) de formação. Frente a isso, entendemos que as capacitações podem não se mostrar eficazes para possibilitar a mudança de prática e incorporação de novos conceitos, por tratarem de maneira descontextualizada e basear apenas na transmissão de conhecimentos (BRASIL, 2009; CECCIM, 2004/2005).

Como apontado nos artigos, as capacitações e/ou treinamentos podem ser ferramentas eficazes em finalidades pontuais, como qualificação de determinada habilidade, competência em algum cuidado ou conhecimento acerca de determinado assunto.

Nem toda ação de capacitação implica um processo de Educação Permanente; em contrapartida, a Educação Permanente, como estratégia mais ampla e contextualizada, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação.

A Educação Permanente em Saúde deve ser prática diária, posto ser o trabalho objeto de formação e transformação e considerando que os problemas e as soluções emergem do cotidiano do trabalho dos profissionais. Desta forma, o processo educativo acontecerá por meio da problematização das ações/cuidado, de maneira que a EPS pode ser transformadora

de práticas e de sujeitos (ALFORD, 2016).

Quando conseguimos utilizar a reflexão sobre o trabalho como espaço de formação, também temos a possibilidade de vislumbrar não somente questões de um conteúdo específico, como saúde mental no contexto da AP, mas também utilizar a EPS como possibilidade de percepção das dificuldades e problemas vinculados ao processo de trabalho da equipe e em equipe.

Um trabalho educativo tem mais condições de ser efetivado se estiver vinculado ao cotidiano de trabalho, com reflexões contextualizadas dos problemas vivenciados e caso seja organizado dentro da lógica da rotina e vincular todos os trabalhadores (KOHLSTADT ; WHARTON, 2013; MEDINA-PRESENTADO et. al, 2017)

A EPS na APS é uma oportunidade capaz de contribuir com a reversão da lógica organizativa voltada para doença, promovendo práticas sociais mais coerentes com a finalidade primeira das Unidades de Saúde da Família, como a promoção da saúde, por exemplo (BALDISSERA; BUENO; VILLELA, 2014; SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011).

Ao tomar como objeto de investigação e mudança o processo de trabalho, a EP pode contribuir para a diminuição da alienação e da burocratização, ampliar a capacidade de reflexão dos trabalhadores, melhorar a auto-estima e a responsabilização, fomentando autonomia e criatividade com responsabilidade profissional (BRASIL, 2014, p. 08).

A diminuição da alienação acompanhada de autorreflexão pode provocar também desconfortos, uma vez que me disponho a me olhar e olhar meu trabalho. A EPS ao produzir esse movimento em si mesmo, agregando a partilha de experiências, medos e inseguranças, pode ser espaço na resolução de conflitos, da mesma forma que pode nos desterritorializar, nos provocar, fazer com que deixemos a nossa zona de conforto.

Gerar desconforto faz parte do processo de EPS, uma vez que a finalidade também é questionar os lugares ocupados, como são e como estão; tomar as relações como produção e problematização é permitir se olhar, olhar para o trabalho, deixar o conforto das cenas e, conseqüentemente, praticar a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005).

À medida que somos mexidos e passamos a nos olhar, temos grande possibilidade de crescimento em relação à autoconscientização e ao autoconhecimento, favorecendo também o crescimento do grupo, do coletivo.

Uma das condições para alcançar a mudança e incorporar novos elementos à prática é

a “detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho” (CECCIM, 2004/2005, p. 163). Esse desconforto precisa ser admitido, percebido, aceito e vivido e isso só é possível através da comunicação, enquanto agir comunicativo, reflexão e disposição para produzir alternativas de práticas, conceitos e mudança (CECCIM, 2004/2005; VIANA et. al, 2015).

A desterritorialização dos sujeitos envolvidos em processos de EPS pode propiciar momentos que seja possível (re)produzir, (re)ver o que estamos construindo enquanto prática, enquanto fala, na relação com o outro, no cuidado, (re)produzir no sentido de nos produzirmos novamente enquanto sujeitos em um processo de construção contínua e sempre inacabada. Desterritorializar-se é sair do seu curso, do lugar de conforto, engajar-se em linha de fuga, abandonar seu território “original”, para iniciar um movimento de produção de um novo território (MARTINS; SOUSA, 2015).

Cabe ressaltar que a EPS também demarca uma relação e uma responsabilização com a população e com o território, uma vez que há uma atenção não só à macropolítica de proteção à saúde, mas também com o desenvolvimento de práticas de cuidado às pessoas, às suas necessidades de saúde, voltada para a resolutividade da atenção de todo sistema de saúde, articulando formação, desenvolvimento de autonomia, participação e controle social e gestão social das políticas públicas de saúde, buscando a transformação das práticas de saúde e a organização no trabalho (CECCIM, 2004/2005; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Precisamos considerar que a Atenção Primária à Saúde, mesmo inserida no território dos sujeitos, com possibilidades de formação a partir do contexto real, vem sendo formada por meio de práticas pedagógicas tradicionais, baseadas na transmissão do conhecimento (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011) e, que, portanto, práticas de EPS também são desafiadoras, à medida que consideramos que as pessoas têm “diferentes formas de pensar e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser levado em conta quando se pretende estabelecer mudanças, sejam elas relacionadas ao conhecimento, atitudes e/ou habilidades” (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011, p. 18).

Todos os artigos de algum modo apontaram que a EPS na APS tem desenvolvido competências conceituais e atitudinais, tendo em vista que agrega o saber científico aquilo que emerge da vivência no território (SILVA; PEDUZZI, 2011), com uma educação construída no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (MEDINA-PRESENTADO, et. al, 2017).

O olhar ampliado para o cuidado em saúde mental ainda é um desafio para os serviços específicos de saúde mental e para Atenção Primária à Saúde. Muitos estudos direcionam-se para treinamentos específicos voltados para psicopatologia, reforçando ainda um cuidado biomédico/manicomial e excludente. Com essa observação, não estamos desvalorizando a formação em psicopatologia, porém reforçando que um treinamento em determinada habilidade também deve estar associado a discussões coletivas e contextualizadas que permitam a autorreflexão de todos acerca do cotidiano de trabalho e do processo de trabalho em equipe.

A saúde mental/atenção psicossocial não pretende ser um modelo fechado, direcionado, linear; ela deve ser considerada como um processo social complexo e, por ter essa complexidade, envolve dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, ou seja, está em movimento e com todas essas dimensões articuladas (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A partir dessa revisão integrativa, identifiquei que poucos estudos têm sido feitos acerca de evidências sobre o desenvolvimento da EPS para qualificar ações de saúde mental em serviços de Atenção Primária à Saúde; possivelmente em virtude da predominância dialógica de produção científica atual ser voltada para pesquisas quantitativas.

Apesar da importância de estudos quantitativos, entendo que, por vezes, essa é uma metodologia limitante no que tange à mensuração de perspectivas subjetivas, relacionais e até mesmo, por vezes, relacionadas a conteúdos/conhecimento, pois a qualificação de conhecimento também se dá por meio de práticas reflexivas e articuladas à prática e ao contexto.

As práticas de saúde mental/atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde requerem criação/criatividade responsável pautada em um olhar ampliado para o sujeito. Enfrentar cada novo elemento ou situação do cotidiano do trabalho, seja de saúde mental ou não, requisitamos também de novos atores, com novos olhares, não só direcionados ao trabalho, mas para si também.

Ainda que um dos estudos tenha tido como resultado o olhar direcionado ao processo de trabalho a partir de uma prática de EPS, nenhum dos estudos teve como objetivo utilizar a EPS como formação em saúde mental na APS. Além disso, nenhum artigo associou o uso da socioclínica como princípio ou como balizador do processo de formação.

CAPÍTULO IV:

O CONTEXTO POLÍTICO DE PRODUÇÃO DESTA TESE E MINHA IMPLICAÇÃO POLÍTICA

“A força de um artista vem das suas derrotas. Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.” (Manoel de Barros)

Estamos considerando a Política como um conjunto de instituições sob a governabilidade do Estado. Dentre essas instituições, há concepções ideológicas de esquerda enquanto instituição política composta por uma determinada visão de mundo.

Desse modo, assumo neste capítulo a minha implicação ideológica com esse posicionamento e, conseqüentemente, a minha percepção acerca do contexto atual, pautada no espectro político de esquerda, ou seja, defesa de maior igualdade social, avanço nas leis referentes aos direitos civis, economia mais justa e solidária. Portanto, a minha implicação ideológica com a instituição político-partidária permeou o campo de intervenção e campo de análise, em que muitos momentos me mantive sobreimplicada ideologicamente com o caminhar do contexto político-administrativo, que interferiu na ordenação de investimentos para educação, cultura e saúde.

Sendo assim, propomos apenas uma contextualização e provocação de algumas reflexões no leitor (e em mim). Portanto, não nos comprometemos, neste momento, a utilizar referências acadêmicas e publicações revisadas por pares, por ser um movimento que acontece em ato e agora e por valorizarmos registros e artigos jornalísticos que fazem uma crítica ao governo atual, falando de um lugar livre para denúncia e crítica a partir da minha implicação ideológica e menos tolhida por revisão de pares.

Desde a campanha eleitoral para o segundo mandato da presidente Dilma Rousseff, temos presenciado a reorganização de forças políticas conservadoras no Brasil, que resultou no seu impedimento e condução de seu vice-presidente Michel Temer à Presidência. Como movimento integrado a esse processo de impedimento, também acompanhamos o fortalecimento de pautas antidemocráticas e autoritárias, pautada no aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Sob a justificativa de necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, a orientação começa a ser direcionada para a modificação na destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais e, conseqüentemente, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e aumentando a participação do setor privado. Nesse contexto, ainda há um

conjunto de reformas supressoras de direitos sociais que atingem conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários, ou seja, atravessamos um momento de represália ainda sem proporções calculadas, do capital contra o trabalho (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Recusar posições dogmáticas talvez seja atualmente uma das mais difíceis posturas a se assumir em um contexto atual político e social, de tantos retrocessos e direitos perdidos. As políticas sociais construídas e fortalecidas durante os 13 anos de governos petistas estão aos poucos sendo destruídas, como o programa “Minha Casa Minha Vida”, “Farmácia Popular” e o “Ciência sem Fronteiras”; congelamento dos gastos públicos por 20 anos, com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55; abertura do pré-sal à exploração de outros países e o fim da obrigatoriedade de participação da Petrobras; reforma do Ensino Médio sem participação de professores e estudantes, com oposição da maioria para essa reforma, que tira a obrigatoriedade de disciplinas como Filosofia e Sociologia, retirando também da Base Nacional Curricular expressões como “identidade de gênero” e “orientação sexual”; terceirização do serviço público; a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) sendo aos poucos desmantelada; privatização e desmonte de bancos públicos com demissões e fechamento de agências bancárias; a Reforma Trabalhista que acaba com a proteção do trabalho no Brasil; o projeto da Reforma da Previdência que, se aprovado, destruirá a previdência pública, prejudicando principalmente mulheres e trabalhadores rurais, com imposição de idade mínima de 65 anos e 40 anos de tempo de contribuição, dentre outras propostas de governo que atendem o interesse da elite.²¹

Essa tendência expande o trabalho precário, parcial, terceirizado, fragmentado, em um universo classificado em categorias de modo excludente, em condições precárias de trabalho atendendo o interesse do capital, ao lucro e à produção (ANTUNES, 1999). O capitalismo, enquanto instituição, permeia a política, os processos decisórios, assim como nossas práticas; também permeia a construção/reformulações de políticas públicas, plano de governo e nosso modo de agir no mundo e, conseqüentemente, também permeia os modos de formação e de cuidado, pautado na quantidade, na produção/produtivismo, no fazer mais em menos tempo, em que muitas vezes, a flexibilidade pode ser meio de exploração e de precarização do trabalho e da formação.

Além disso, o assédio neoliberal às universidades fica configurado na fala de Boaventura de Souza Santos na Conferência Regional de Educação Superior da América

²¹ Informações publicadas pela revista Carta Capital.

Latina e o Caribe (CRES), no ano de 2018 em Córdoba, que nos instiga a uma reflexão acerca do ciclo global conservador e reacionário vivenciado por nós, docentes de universidades públicas, não somente em relação a uma diminuição no financiamento de pesquisas e bolsas de iniciação científica, como um domínio do capital financeiro/neoliberalismo, tendenciando ou sendo assediados para a privatização. Boaventura aponta ainda na entrevista as três cabeças para que essa dominação ocorra: capitalismo, colonialismo e hétero-patriarcado, atuando de modo integrado, e em que o controle das universidades estará nas mãos de um sistema comandado por homens (heterossexuais) servindo aos interesses do capitalismo. No entanto, o contraponto é que universidade, por ser o lugar onde pensar a resistência, também seja o mesmo lugar alvo do neoliberalismo, transformando as propostas de desmonte da universidade/fragilização de resistência a esse movimento neoliberal, para medidas que “parecem” econômicas, como cortes financeiros, por exemplo²².

Em primeiro de agosto do corrente ano, a direção da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) alertou os cortes financeiros para 2019 e, na mesma semana, o Comissão Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) manifestou-se também preocupante com o futuro do órgão, ou seja, o cenário político-econômico acusa que poderá interromper a concessão de bolsas de pós-graduação e pesquisa, assim como qualquer outro tipo de investimento na ciência. Desse modo, a crise orçamentária da CAPES e CNPq não pode ser vista de modo desvinculado da queda orçamentária das Universidades Federais, uma vez que esses órgãos desenvolvem majoritariamente atividades em universidades públicas. Assim, alocar recursos das universidades e Institutos Federais para a CAPES e CNPQ não resolveria este problema. Estamos lidando aqui com a armadilha da PEC 95/2016, uma vez que nenhum país sobrevive sem investimento público²³.

O Golpe de 64 que, como movimento instituinte, aos poucos se consagrou com um governo de exceção, com o risco de se repetir novamente no momento atual, em um processo que vem ocorrendo desde 2014 após a derrota do partido de direita para eleição presidencial que, não a aceitando, se formou enquanto movimento instituinte para retirada da Presidente Dilma do poder por meio de seu impedimento enriquecido de acordos esfregados nos nossos olhos.

²² Reportagem do Instituto Humanitas Unisinos *on line* 15/06/2018, acerca da fala de Boaventura de Souza Santos em uma das exposições centrais da Conferência Regional de Educação Superior da América Latina e o Caribe (CRES 2018), em Córdoba - <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/579979-boaventura-de-sousa-santos-destrincha-o-assedio-neoliberal-as-universidades>

²³ Reportagem de Roberto Leher, Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, publicada no “Jornal do Brasil” em 14 de agosto de 2018: “A catástrofe se aproxima das universidades federais e do sistema de ciência e tecnologia” -

Esse caminhar instituinte carregado de retrocessos tensionados pelas garantias instituídas de políticas públicas voltadas à garantia de direitos, principalmente de pobres, negros, mulheres e homossexuais, tem nos feito vivenciar a institucionalização de um governo que nos remete medo, não só por estarmos vivenciando um novo (já conhecido) golpe, mas porque esse golpe vem carregado de antigos e novos retrocessos.

Estamos presenciando um crescente apoio à ditadura, ao desmonte da democracia, os discursos de ódio e preconceito, pautados por uma grande mídia fraudulenta e manipuladora, que estimula e concentra o ódio seletivo ao Partido dos Trabalhadores, enquanto único corrupto, além de expressar pacto elitista e antipopular em ato (SOUZA, 2017).

Figuras que representam ódio, violência e apologia à tortura, com uma postura fascista declarada, passam a ameaçar a democracia e os direitos humanos mais elementares e, frente a isso, a grande mídia age como se não tivesse também qualquer responsabilidade nesse resultado produzido diariamente no seu fascismo ora escondido, ora declarado (SOUZA, 2017). “Para sua audiência imbecilizada, a Globo²⁴ critica Bolsonaro da boca para fora, sua ação a favor dos valores antidemocráticos, que é o que, na realidade, cria o campo de ação para os “bolsonaros” da vida, passa despercebida” (SOUZA, 2017, p.223).

Desde o impedimento da presidente Dilma e a introdução de uma nova gestão do Ministério da Saúde, temos nos mantido receosos e amedrontados em relação às novas propostas de governo e aprovações de leis e portarias, sem discussão e participação coletiva, excluindo assim os atores sociais desse processo.

Em relação aos efeitos no campo da saúde que abarca a temática deste estudo, estamos presenciando diversas reformulações que reduzem e limitam o cuidado em saúde pública. Apesar da reformulação da PNAB em 2017 não ter claramente alguma limitação ou restrição do cuidado em saúde mental na AB, essa reformulação ameaça a expansão da AB no Brasil.

Em termos de cobertura das ESF, os dados do Ministério da Saúde indicam que a ESF alcançava 58% da população em outubro de sendo que em alguns municípios chegou a atingir 100% de cobertura. No entanto, na PNAB 2017, não há nenhuma referência à cobertura universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), o que ameaça a efetividade da AB.

A nova PNAB, aprovada em agosto de 2017, reduz equipes e carga horária, além de atingir diretamente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017). Ela volta a exigir 40 horas semanais somente de médicos que atuam em Equipes de Saúde da Família, sendo que outras modalidades de AB poderão contratá-los por dez horas semanais,

²⁴ Rede de televisão brasileira

prejudicando toda a proposta da Atenção Primária a Saúde²⁵. Ou seja, a PNAB 2017 apresenta uma posição ambígua, já que mantém a ESF como prioritária no discurso, mas em contrapartida, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB em todos os tipos de território, independentemente de acesso e acessibilidade, aspectos considerados anteriormente (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As equipes de AB criadas em 2011 com formato reduzido (enfermeiro e médico), que naquele momento visavam a atender diferentes populações e contextos no Brasil, a mudança em 2017 coloca ambas as estruturas de equipe (equipe mínima e equipe completa) na disputa dos mesmos recursos com as mesmas responsabilidades com a comunidade, o que leva os gestores a optarem pelas equipes reduzidas²⁵. Além disso, suscita a não necessidade dos ACSs e coloca em risco todas as outras políticas públicas de se extinguir mediante a precarização e pouco investimento (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Outro retrocesso da PNAB 2017 é a renúncia do MS como responsável na coordenação e indução de bases nacionais para essa política, justificando tal decisão pela suposta necessidade de maior autonomia dos municípios, fato bastante arriscado em um país com realidades locais tão distintas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As consequências desse processo podem resultar não só em possível descompromisso dos gestores, mas também prejudicar a “oferta universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 22).

O Conselho Federal de Enfermagem, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e a Associação Brasileira da Rede Unida foram algumas das instituições que apontaram o retrocesso resultante dessa mudança que pode romper com a centralidade da ESF na organização da rede e do SUS²⁶.

Entendemos que todos esses retrocessos articulados à fragilidade de investimento no SUS e à ideologia neoliberal podem ser fortes ameaças aos direitos sociais já conquistados e à precarização de serviços públicos, justificando a terceirização/privatização.

Mesmo o Ministério da Saúde garantindo o cuidado em saúde mental na Atenção Básica – considerando o acesso, a proximidade do profissional com o usuário em seu contexto, não

²⁵ Nova PNAB transforma Atenção Básica em Atenção Mínima ao reduzir saúde da família e criar cestas limitadas de serviços. RADIS 183, DEZ/2017.

²⁶ http://www.cofen.gov.br/cofen-se-manifesta-contr-a-reformulacao-da-pnab_54159.html; [noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/](http://www.redeunida.org.br/en/comunicacao/news/rede-unida-manifesta-sobre-revisao-da-pnab/); <http://www.redeunida.org.br/en/comunicacao/news/rede-unida-manifesta-sobre-revisao-da-pnab/>

sendo um trabalho para além do cotidiano da prática, uma vez que consideramos as singularidades e integralidade dos indivíduos (BRASIL, 2013) –, a reformulação da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017) ameaça sucesso da expansão da Atenção Básica no Brasil e, consequentemente, do cuidado em saúde mental em rede.

Ao passo que a PNAB de 2017 incorpora verbos como “sugerir” e “recomendar”, expressando uma desconstrução com o compromisso de expandir e qualificar o cuidado à saúde da família e o sistema público (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Defende-se que os princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos, deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados, seja em função da tão aludida crise econômica vigente, muito menos em atenção às necessidades do mercado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 19).

Em relação à EPS, a instituição mercado/capital e a própria lógica capitalista ainda influenciam a formação profissional, voltada para a lógica do produtivismo e, portanto, sendo mais pontual e com poucas possibilidades de troca. A EPS enfrenta não só o desafio de superar essa lógica capitalista, como também o de superar práticas de formação pautadas na educação tradicional enquanto uma instituição que regula a ação, a prática, o cotidiano, determinando alguns modos de “fazer”.

Ser “resistência” frente a esse cenário é um desafio cotidiano. Não referimos à resistência como tentativa conservadora de preservar o que existe, mas sim como força social em oposição ao poder ou desobediência e insubmissão (MONCEAU, 1997; DOBIES, 2016).

Vivemos um contexto de algumas derrotas em relação a perdas e retrocessos vivenciados, mas acredito que esse contexto, e esse movimento também têm força contrária de resistência, afinal só “alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro”.

Metodologia e Estratégia de Ação

CAPÍTULO V:

METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Tipo de Pesquisa

Uma pesquisa-intervenção pautada no referencial teórico da Análise Institucional – Socioclínica.

A pesquisa intervenção assume seu caráter político de busca das transformações a partir da interrogação dos diversos sentidos cristalizados nas instituições, amplia as bases teóricas metodológicas e possibilita que as produções de conhecimento e de prática se deem em um mesmo momento. Dessa forma, o pesquisador não é somente agente de mudança, mas produtor de novos sentidos; é sujeito e objeto de conhecimento (SILVEIRA, *et. al*, 2014).

Esse tipo de pesquisa não segue um caminho pré-determinado denominado método, com traçados *a priori*: as metas e etapas são traçadas ao longo de sua execução (FORTUNA, *et al*, 2012). Dessa forma, a pesquisa-intervenção se contrapõe às pesquisas tradicionais, pois rompe com as dicotomias teoria-prática e sujeito-objeto, caracterizando um estudo em que o trabalho é realizado em conjunto com a população pesquisada, visando à geração de conhecimento e intervenção.

Assim, entendemos que os dados são produzidos nos encontros entre o “pesquisador” e as forças de mudança e de reprodução e não como simples coleta de informações em campo (FORTUNA, *et al*, 2012). “A pesquisa-intervenção afirma a inseparabilidade entre campo de intervenção e campo de análise, teoria e prática, fazer e pensar, quando mostra que sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado se constituem no mesmo processo” (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 177).

Enquanto muitas pesquisas utilizam técnicas de entrevista e questionários com o objetivo de organização dos problemas, objetividades, como se o pensamento e informações pudessem ser “agarrados”, em que a realidade possa ser apreendida, a pesquisa-intervenção, ou a intervenção propriamente dita, mostra-nos que pesquisador e pesquisado (sujeito e objeto de estudo) se constituem no mesmo processo; assim, o interesse da pesquisa-intervenção reside nos movimentos, nas metamorfoses (PASSOS; BARROS, 2000).

Complementarmente, a pesquisa-intervenção caracteriza-se pela valorização à contextualização das práticas e das pesquisas participativas, envolvendo a complexidade dos processos de trabalho e de produção de conhecimento. Frente a isso, entendemos que o sujeito se produz nas práticas sócio-históricas e que não é possível a neutralidade para nortear a

pesquisa (AGUIAR; ROCHA, 2007).

O campo de intervenção foi composto por duas Estratégias de Saúde da Família do município de Cuiabá, Mato Grosso.

O contexto do estudo

A pesquisa foi realizada no período de março de 2016 a fevereiro de 2017, na cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso (MT), localizado na região Centro-oeste do Brasil. Esse município está localizado na mesorregião norte matogrossense, na Regional de Saúde da Baixada Cuiabana. Sua extensão territorial é de 3.495,424 km², com densidade demográfica de 163,88 hab./Km², com 551.098 habitantes (IBGE, 2014).

A cidade de Cuiabá- MT foi escolhida intencionalmente para compor este estudo, pela minha implicação afetiva e profissional com esse município.

A rede de atenção à saúde no município de Cuiabá é formada por: 89 Unidades Básicas de Saúde; 21 Centros de Saúde; 65 Equipes da Estratégia Saúde da Família; dez Clínicas Odontológicas; quatro Centros de Especialidades Odontológicas; seis Policlínicas; seis Núcleos de Reabilitação; um Centro de Especialidades Médicas (CEM); um Laboratório Municipal; um Laboratório Estadual; um Laboratório Contratado; um Serviço Ambulatorial Especializado; um Hospital Pronto Socorro Municipal; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); cinco Centros de Atenção Psicossocial; seis Residências Terapêuticas; uma Central de Regulação/SMS; um Centro de Referência de Média e Alta Complexidade; um Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa; um MT Hemocentro; um Hospital Universitário Federal; uma Farmácia Popular do Brasil Cuiabá; uma Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)²⁷; e um hospital psiquiátrico Estadual que recebe usuários de todo o estado para internação.

No fluxo atual de atenção psicossocial, ainda há dificuldade em operacionalizar o atendimento em saúde mental na Atenção Básica, pois o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas acontece de acordo com a decisão de cada equipe da unidade básica (PLANO MUNICIPAL RAPS CUIABÁ, 2014). Ainda não há uma proposta formal de formação e nem legislação/portarias que estimulem o cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Há na cidade um Hospital Psiquiátrico, sob gestão estadual, com 120 leitos, sendo 50

²⁷ Atualmente outros dois NASF-AB estão em fase de implantação.

deles destinados somente à desintoxicação de homens em uso abusivo de álcool e de outras drogas. Os cinco CAPS existentes não são de comando único: três estão sob gestão municipal (CAPS I, CAPS II e CAPS AD III – este último ainda não habilitado como tipo III) e dois estão sob gestão estadual (CAPSi e CAPS AD II). Os CAPS fazem o trabalho de matriciamento com a Atenção Básica ainda muito incipiente (PLANO RAPS CUIABÁ, 2014), sendo que os dois serviços participantes deste estudo ainda não haviam participado de atividades de matriciamento.

Os Ambulatórios estão localizados em três regiões (Leste, Oeste e Sul). Os ambulatórios de saúde mental nas policlínicas são serviços instituídos por portaria municipal e que define o tipo de serviço e a composição da equipe. Porém, esses ambulatórios atendem parte das necessidades de saúde mental, pois cada equipe definiu uma clientela específica fazendo com que a população se desloque de uma região para outra em busca de atendimento (PLANO MUNICIPAL RAPS CUIABÁ, 2014).

Em relação à organização dos serviços de saúde do município, há três tipos de coordenação: Coordenação de Programa Especial (hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, idoso, saúde mental e população negra), Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de Programa Estratégico (vacina, saúde da criança e adolescente). A Coordenação de Atenção Básica é composta por cinco coordenações: região norte, sul, leste, oeste e rural.

O processo da pesquisa-intervenção

Entendemos que a pesquisa-intervenção iniciou desde o momento que antecedeu a entrada em campo, ou seja, na formulação da demanda e oferta da pesquisa. A demanda está sempre implícita na encomenda da pesquisa e essa relação vai sendo expressa e detalhada pela intervenção (LOURAU, LAPASSADE, 1972; CONDE RODRIGUES, 2004).

A encomenda é um pedido oficial de um serviço e a demanda faz parte do que não necessariamente está dito, mas está presente, como os desejos e as necessidades, que podem ser manifestados no grupo de diversas formas. Inicialmente, a demanda e a encomenda estão afinadas com mesmo propósito, mas isso pode mudar no processo de intervenção (L'ABBATE, 2012).

Consideramos que a pesquisa-intervenção começou desde o planejamento e oferta à gestão, quando criamos o primeiro dispositivo de incluir a gestão no processo decisório de escolha da unidade. Dispositivos são arranjos capazes de fazer falar as instituições por meio

de análise coletiva (FORTUNA et al., 2014; LOURAU, 2004b).

- **Oferta à gestão municipal (três meses):**

O primeiro dispositivo deste estudo foi utilizar técnicas de pesquisa já conhecidas tradicionalmente na ciência, mas sem estarem limitadas a estruturas normativas ou com definição prévia (FORTUNA et al., 2014). Portanto, incluir a participação da gestão na escolha da unidade, mesmo sendo um movimento realizado por muitos estudos, tivemos o propósito, com essa inclusão, de fazer falar instituições, analisando seus efeitos, as conexões acionadas e desfeitas.

Ofertamos à gestão esta pesquisa-intervenção, envolvendo-a no processo de escolha das unidades participantes do estudo. Ao construirmos os critérios de escolha, apresentamos à gestão que o interesse da equipe na oferta de EPS em saúde mental seria importante, assim como os vínculos de trabalho mais estáveis, considerando que o município passava por um processo de alta rotatividade dos trabalhadores. Em contrapartida, a gestão propôs como critério de escolha das unidades que representassem, a partir da avaliação deles, o melhor serviço da rede.

A criação desse dispositivo de inclusão da gestão nesse processo de pensar a intervenção aconteceu por meio de três reuniões com a Coordenação de Saúde mental e a Coordenação de Atenção Básica do município, oportunidades em que foram escolhidas duas Estratégias de Saúde da Família localizadas na Regional Leste.

A partir dessa decisão, nos reunimos novamente com coordenadora de Atenção Básica da região leste, ocasião em que a referida profissional aprovou e incentivou a pesquisa, propondo estar na unidade no dia da apresentação do projeto. Antes disso, a coordenadora dessa regional entrou em contato com a unidade informando o interesse do estudo e solicitando autorização da equipe para o início.

Agendamos o encontro para apresentação do projeto no período matutino do dia 11 de abril de 2016, com a presença da coordenadora regional que, na oportunidade apresentou a autorização para produção de dados e denotou a pouca chance da equipe se contrapor explicitamente à pesquisa.

- **Entrada em campo (um mês):**

Ao entrar em campo, precisamos considerar que esse é o recorte espacial que corresponde à abrangência empírica do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação (MINAYO, 2006), ou seja, o campo de intervenção como espaço-tempo

(LOURAU, 2003). Desse modo, a entrada em campo se deu em duas ESFs que compartilhavam o mesmo espaço geográfico, em que são realizadas as atividades do cotidiano do trabalho.

Como todo grupo, esse também tem suas regras, valores, funcionamento próprio, dentre outros aspectos que podem ser diferentes do pesquisador. Além disso, o pesquisador precisa considerar que em qualquer campo há interesses, inimizades, conflitos e anseios (TRIVIÑOS, 1987).

Diante disso, ponderamos sobre a melhor maneira de se inserir nesses espaços de modo menos conturbado possível, com o objetivo de produzir dados significativos. A inserção do pesquisador não se deu de forma natural ou neutra; assim, a entrada foi sistematizada, refletida, construída e reconstruída permanentemente no encontro com os sujeitos (ROSSETO et. al, 2010), em que a análise de implicação do pesquisador esteve (e está) presente em todo o processo.

Primeiramente, negociamos o acesso ao campo, buscando uma entrada em campo gradual e discreta (ROSSETO et. al, 2010), por meio da apresentação do projeto à Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Mental para, em seguida, agendarmos com as unidades para também apresentarmos e discutirmos o projeto e solicitarmos autorização para o início.

Explicamos as etapas da pesquisa, a importância da participação de todos, clarificamos que o estudo seria desenvolvido a partir de uma discussão participativa, juntamente com a equipe. Ao iniciarmos os encontros, discutimos horários e datas, sendo que a intenção era não haver grandes alterações no funcionamento da equipe e nem perturbações. Entretanto, mesmo com algumas datas previstas, ainda tivemos que desmarcar ou fazer reajustes, de modo que os dias da semana também foram alterados, considerando as demandas da unidade. Além disso, o pesquisador esteve presente no serviço, podendo acompanhar consultas, visita domiciliar, reuniões de equipe e as demais demandas da unidade.

Falamos sobre como os resultados seriam tratados, as questões éticas envolvidas, divulgação da pesquisa, não havendo divulgação de nomes, pois respeitamos os preceitos éticos, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), informando os dados do CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), onde o projeto foi submetido e aprovado.

Em seguida, apresentamos os possíveis benefícios do estudo a partir da ótica Ensino/Pesquisa, mas também do cuidado na integralidade em saúde como, por exemplo: vivenciar um processo de formação no/pelo trabalho por meio da EPS; ampliação do olhar

para o cuidado em saúde/saúde mental; possível inserção de novas ações de saúde mental na atenção básica; e busca da efetivação da RAPS, dentre outros.

Após a discussão com a equipe e sua concordância com o desenvolvimento do estudo, permaneci no serviço para a construção de vínculos, estabelecimento de uma relação de confiança, assim como para a ambientação. Iniciei, portanto, uma aproximação com o local e com os sujeitos.

Após a realização da pesquisa-intervenção, houve preocupação também com a saída do campo, considerando os vínculos construídos e, portanto, foi necessário elaborar o sentimento de perda que foi experimentado por muitos membros envolvidos (ROSSETO et al, 2010, p. 130). Dessa forma, ao iniciar a pesquisa, informamos a data provável de término (janeiro de 2017) e, conforme a intervenção foi acontecendo, a equipe foi lembrada dessa data, principalmente quando aproximou a saída do campo, que aconteceu efetivamente em fevereiro de 2017. A equipe também foi esclarecida que, se necessário, o pesquisador poderia retornar ao campo para complementar alguma informação, assim como, a equipe da ESF poderia solicitar algum esclarecimento ao pesquisador, mesmo após a sua saída.

Tentei contato para retornar de modo formal, mas a equipe não disponibilizou data; primeiramente por estarem passando por uma avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e depois por as duas unidades estarem em reforma. No entanto, fizemos uma visita informal às duas unidades.

• Participantes do estudo

Todos os trabalhadores das ESF participantes, interessados no processo de EPS/saúde mental foram convidados para participar da pesquisa intervenção, totalizando 20 pessoas: onze trabalhadores da equipe I e nove trabalhadores da equipe II. Entretanto, esse número oscilou durante o processo de EPS, de maneira que em que cada grupo teve em média de cinco a sete pessoas participantes, sendo a categoria médica a que mais se ausentou.

Entre as categorias profissionais participantes estão: onze agentes comunitários de saúde (ACS), duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas e uma digitadora. Os dois seguranças e a auxiliar de serviços gerais não quiseram participar.

Durante o período da pesquisa, duas técnicas de enfermagem (uma de cada equipe) estavam de licença-prêmio²⁸.

²⁸ De acordo com a Instrução Normativa nº 015/2014 que dispõe sobre as normas para licença-capacitação e/ou licença-prêmio, todos os servidores têm direito a usufruir de licença-prêmio a cada cinco anos de exercício profissional comprovados até 06/10/2003. Para quem não

Considerando que este estudo baseia-se em um processo coletivo de construção e que os dados são produzidos por todos os envolvidos, também me incluo como participante do estudo, assim como duas profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para álcool e outras drogas que estiveram presentes em alguns encontros. A orientadora deste estudo participou de um encontro e também compõe esse grupo.

Instrumentos para produção de dados

A escolha dos instrumentos e, por conseguinte, dos documentos que compõem a pesquisa dependem da formação e implicações do pesquisador com as instituições. Portanto, não somos neutros: nem frente aos papéis/documentos, nem frente às pessoas que participaram do estudo (LOURAU, 1977).

- **Entrevista semiestruturada (APÊNDICE I)**

Inserimos a entrevista como outro dispositivo do estudo, realizada com todos os trabalhadores. Naquele momento, buscamos informações acerca do cotidiano de trabalho e das práticas de saúde mental na Atenção Básica: investimentos e conhecimento acerca da política de Educação Permanente em Saúde; cuidado integral ao sujeito; aproximações com a saúde mental/cuidado no Modelo de Atenção Psicossocial; trabalho em rede; além de reconhecer as demandas dos trabalhadores.

A partir das respostas, da análise e da restituição em grupo, elencamos alguns eixos temáticos para direcionar os encontros de EPS para formação em saúde mental: discussão acerca da EPS, construindo com o coletivo como seria nosso caminhar; propostas de organização a partir da Política de EPS; a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental em rede; abordagens ao usuário em sofrimento mental e em uso de Substância Psicoativa.

Considerando a complexidade e abrangência dos temas elencados, convidei duas profissionais da rede (trabalhadoras do CAPS para Álcool e outras Drogas), uma docente da Universidade Federal de Mato Grosso, uma representante da Coordenação de Saúde Mental municipal para discutir o RAPS e os caminhos e parcerias possíveis. Também entendo que esse convite aconteceu mediante a minha insegurança inicial com o referencial teórico-metodológico, assim como, pelo apego às práticas e aos referenciais do grupo operativo

pichoniano, em que já havia trabalhado em momento anterior a esta pesquisa.

- **Os grupos de Educação Permanente em Saúde mental (seis meses):**

Vivenciamos os encontros de EPS, que também se configuraram como espaço de produção de dados.

A intervenção aconteceu com base na proposta da Análise Institucional, a partir dos princípios da Socioclínica Institucional junto aos profissionais que aceitaram participar, por meio de encontros para realização de Educação Permanente em Saúde.

Apresentamos à equipe a proposta de dois encontros mensais, sendo eles quinzenais no período de seis meses, totalizando em média 12 encontros. Entretanto, como havíamos proposto a flexibilidade dos mesmos, em alguns momentos esses encontros foram mensais, estendendo a pesquisa até fevereiro, porém mantendo os 12 encontros inicialmente previstos. Os encontros tiveram, em média, a duração de duas horas.

Iniciamos com a negociação do contrato grupal, como horários, dia da semana, dentre outros, contrato esse que precisou ser reforçado em alguns encontros, devido aos atrasos, ao uso de telefone celular e a saídas de alguns membros do grupo.

Os encontros foram gravados e transcritos para análise, sempre protegendo a identidade dos sujeitos.

- **Diário Institucional Coletivo:**

Propusemos o Diário Coletivo como mais um dispositivo, a partir de Pezzato; L'Abbate (2011):

Entendemos que o diário, na perspectiva da AI, é uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar.(PEZZATO; L'ABBATE; 2011, p. 1303).

Convidamos os profissionais a relatarem no diário suas angústias, limitações, ansiedades, rotina de serviço/atividades, ideias, sugestões, dificuldades na participação e

desenvolvimento da EPS no serviço. Por esse diário ser de livro-registro, os trabalhadores presentes escreveram apenas pontualmente, referindo somente poucas informações, restritas ao encontro do dia, na maioria das vezes como bom. Além disso, uma das enfermeiras e as duas médicas não fizeram nenhum tipo de anotação.

Desse modo, aos poucos, todos pararam de escrever, não havendo muito material, sendo isso propriamente já um dado relevante da pesquisa: inclusive a relação de fazer no trabalho a partir da obrigatoriedade ou do medo.

Entendemos que por ser um dispositivo coletivo, ele fez falar a dificuldade do grupo em se expor, em falar de si, escrever acerca das dificuldades e fragilidades do cotidiano, como uma necessidade instituída de mostra que “está tudo sempre em ordem”. Outros dispositivos criados ao longo da EPS também demonstraram isso e serão discutidos nos resultados.

- **Diário da pesquisadora**

Produzi um diário de campo sobre o “fazer” da pesquisa-intervenção – o diário do pesquisador. Nesse diário, havia relatos dos movimentos grupais, as resistências, avanços, conteúdos discutidos, contendo algumas falas e expressões, ou seja, a minha narrativa do contexto histórico-social refletindo minha atividade diária de pesquisa (LOURAU, 2004d). Os registros produzidos constam o processo do pesquisar e as observações. O trabalho de observação nesse tipo de pesquisa requer o contato com o “objeto”, lembrando que não está em campo por um acaso, mas que há uma comanda e uma encomenda (LOURAU, 1977).

- **Restituição**

O momento da restituição na pesquisa é uma oportunidade para devolutiva e partilha dos resultados provisórios aos participantes. No entanto, não é somente informar ou apresentar resultados e sim retomar acontecimentos considerados não importantes ou esquecidos como uma oportunidade para aprofundar ou questionar as análises, ou reconsiderar a orientação do dispositivo de trabalho (MONCEAU, 2013, LOURAU, 1993).

A restituição foi inserida na pesquisa enquanto dispositivo socioanalítico para falarmos acerca da análise, compartilhando com a equipe, como espaço para enunciar “coisas” e não de denunciar ou recriminar (LOURAU, 2007).

Como se trata de pesquisa-intervenção, os resultados foram discutidos à medida que foram produzidos. Para tanto, realizamos uma restituição correspondente à primeira etapa do estudo. A partir dessa restituição, planejamos conjuntamente os assuntos a serem discutidos no decorrer dos encontros. Houve outras duas restituições: uma no sexto encontro e a outra no

12º encontro, oportunidade em que encerramos a pesquisa no campo de intervenção.

A partir da primeira restituição, negociamos horários, dias da semana e a possibilidade de adequação dos números de encontros para a EPS.

Momento de análise

O campo de análise vai além das duas unidades participantes (campo de intervenção): é mais amplo e envolve o modo como os conceitos serão utilizados para compreender os movimentos do grupo/intervenção (LOURAU, 2003).

Entendemos que a análise nesse tipo de estudo esta presente em todo o processo de construção do projeto de pesquisa e desenvolvimento, de modo que não há coleta de dados e sim produção dos mesmos. No entanto, há uma fase em que a análise é organizada e, nessa etapa, o conjunto de dados produzidos serão confrontados com os elementos da Socioclínica Institucional buscando entender as dinâmicas sociais.

A Socioclínica Institucional difere-se da Socioanálise por ter a possibilidade de acontecer em vários encontros para deflagrar processos analíticos, além de declarar a intenção de produzir conhecimento (MONCEAU, 2013).

Ao mesmo tempo em que a Socioclínica leva a análise para as situações vividas pelos indivíduos, ela também as inscreve nas evoluções sociopolíticas nas quais os indivíduos estão implicados (MONCEAU, 2008).

Portanto, para a realização da análise dos dados, esta pesquisa seguiu os oito princípios do referencial teórico e metodológico da Socioclínica Institucional: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; intenção da produção de conhecimentos; atenção aos contextos e às interferências institucionais e; trabalho das implicações primárias e secundárias (MONCEAU, 2013). No entanto, não buscamos com este estudo apontar claramente em tópicos cada princípio, pois entendemos que eles permeiam o trabalho.

A EPS vai ao encontro desses princípios como, por exemplo, quando propicia: o estímulo ao olhar para o dia a dia no mundo do trabalho e ver como produzem sentidos e se engravidam palavras no ato de produzir (FEUERWERKER, 2014); poder dialogar no espaço de trabalho, dando sentido ao fazer como um ato coletivo e implicado; fazer da micropolítica do mundo do trabalho um lugar para produção de redes de conversas coletivas, não constituindo só em um desafio, porém em uma necessidade (MERHY, 2013; FEUERWERKER, 2014).

- **Tratamento dos dados empíricos:**

Para a organização do material empírico, realizamos o trabalho de transcrição, seguido pela transposição, por meio dos quais consideramos as falas e os atos/gestos no cotidiano e os restituímos à equipe e, finalmente, realizamos o trabalho da reconstituição, oportunidade em que houve a construção de uma narrativa argumentada em torno da análise das categorias (PAILLÉ, MUCHIELLI, 2012).

Após as transcrições realizadas, todo o arquivo foi lido e relido, buscando, inicialmente, por uma leitura flutuante que orientasse a organização do material e correções referentes às conjugações e às abreviações ou a algum termo que pudesse identificar os sujeitos. Essa leitura também favoreceu o enriquecimento e detalhamento de algumas informações do diário do pesquisador.

Durante o momento da transposição, por meio de uma leitura mais atenta e reflexiva, relacionamos os fragmentos de fala com anotações do diário do pesquisador e com algumas observações referentes às leituras prévias. Pudemos também incluir percepções que auxiliaram o processo de análise de implicação.

Na etapa de reconstituição, buscamos identificar pistas para a vivência de uma formação em saúde mental por meio da EPS, ou seja, ao analisar o material transcrito, guiadas pelos princípios da socioclínica, procuramos separar falas, atitudes, comportamentos, ações e posturas que pudessem ser pistas ou pontos de atenção a qualquer experiência de EPS e, por conseguinte, serem analisadas e discutidas neste trabalho.

Considerações éticas

Antes de iniciar a produção de dados, formalizamos a solicitação junto ao órgão competente (Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT) e, em sequência, o projeto foi encaminhado ao CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), respeitando a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a).

O projeto foi aprovado sob número CAAE 53029016.2.0000.5393. Após a aprovação do projeto, entramos em contato com os dirigentes dos serviços para agendar as datas de entrada no campo (12 de abril de 2016). O estudo só iniciou mediante o consentimento prévio dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Os encontros de EPS e as entrevistas foram gravados e transcritos e as entrevistas realizadas individualmente. A gravação das discussões no grupo e das entrevistas aconteceu

somente após o consentimento prévio dos participantes e assinatura do TCLE (APÊNDICE II). Foi garantido o anonimato e preservado o sigilo das informações coletadas, assim como assegurado aos sujeitos o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento em que assim o desejasse.

Apesar dos usuários do SUS/pacientes não serem sujeitos do estudo, tivemos o cuidado de nos momentos que houve participação da pesquisadora em consultas e/ou visita domiciliar, solicitamos ao paciente a sua autorização, por meio de um termo de autorização, por meio do qual a pesquisadora esclarecia que o objeto de observação é a prática profissional e não a fala, postura e informações do paciente a serem compartilhadas com o profissional (APÊNDICE III).

Buscando garantir o anonimato dos sujeitos e preservar a confidencialidade das informações, as falas das entrevistas foram identificadas pela letra T, referindo a trabalhador, seguido da numeração arábica escolhida aleatoriamente, por exemplo: T1, T2 e T3. Para as falas referentes aos encontros, mantivemos a mesma sigla seguida do número, e para as falas referentes às entrevistas acrescentamos a descrição “entrevista” entre parênteses, por exemplo: T1 (entrevista). “Profissional da Rede convidada” seguido da numeração arábica foi a denominação para as profissionais do CAPSad presentes nos encontros de EPS.

Além das questões éticas a serem atendidas no CEP, também ressaltamos outros aspectos éticos a que precisamos estar atentos no desenrolar da pesquisa, além de articular a responsabilidade com o campo de intervenção e com os preceitos éticos do CEP.

Durante a intervenção, desde a etapa das entrevistas, frequentemente os profissionais falavam de aspectos acerca de relações no trabalho, fofocas, problemas éticos referentes ao trabalho da equipe. Essa situação que comumente acontece em pesquisas de longo prazo, como no caso desta pesquisa intervenção, pode causar distanciamento do pesquisador com o grupo ou provocar crises entre os membros da equipe, caso não tenha direcionamento mais adequado.

Desse modo, diante dessas situações de desabafo de alguns profissionais, fofoca ou fala naturalizada acerca de aspectos irresponsáveis no trabalho, busquei direcionar para discussões despersonalizadas, orientando o trabalho a partir dos princípios das políticas e portarias vigentes que direcionam o cuidado em saúde. Procurando pautar as discussões em grupo durante o processo de EPS, tornando as críticas personalizadas (direcionadas a algum profissional específico), em discussões acerca do trabalho em equipe, pautado inclusive em leitura de textos, como o artigo da Peduzzi (2001), acerca da tipologia e trabalho em equipe.

Despersonalizar apontamentos da equipe foi um exercício cotidiano para o pesquisador, uma vez que quando estamos dentro do processo de pesquisar e já parte do cotidiano de trabalho, o pesquisador pode ter a tendência de entrar nesse círculo “vicioso” de reprodução da culpa ou da fofoca. Estar inserida em um grupo de pesquisa – Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO) da EERP, no Grupo de Estudos e Pesquisa em Análise Institucional (GEPAI), assim como manter o vínculo com o grupo de pesquisa da minha instituição - NESM, FAEN-UFMT – foram essenciais para esse processo de atenção para o comportamento ético do pesquisador e repensar e orientar direcionamentos para o caminhar da intervenção.

Resultados e Discussão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A maior riqueza do homem é a sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. [...]” (Manoel de Barros)

CAPÍTULO VI:

O PROCESSO DE ENTRADA EM CAMPO

A inclusão da gestão no processo decisório de escolha das unidades enquanto um dispositivo analítico

Esse primeiro dispositivo criado já inicia o processo da pesquisa e entrada em campo fazendo a instituição “gestão” falar. As primeiras verbalizações do gestor municipal de saúde sobre o processo decisório foram pautadas na organização e produtividade, principalmente sobre uma das unidades escolhidas. Entretanto, para facilitar o estudo e o clima para desenvolvimento da pesquisa, a gestão decidiu por duas unidades no mesmo ambiente, chamadas localmente de geminadas/conjugadas (MERHY; ONOCKO, 1997).

Com esta decisão, pautando sua escolha na unidade modelo ou mais organizada, a gestão pode ter o interesse de mostrar que o serviço apresentado, inicialmente como “exemplar”, é o que está instituído como modelo de Atenção Básica no município, em que a rotina instituída nas unidades escolhidas é a prática tida como ideal para a realidade municipal.

Incluir a gestão nesse momento de escolha das unidades, como dispositivo desta pesquisa, ajudou a compreender que os dados quantitativos são mais importantes, para avaliação da qualidade de unidades de saúde, em detrimento de outros aspectos, como um modo de trabalho mais horizontal e participativo, espaços de cogestão, ações de articulação em rede, como discussões de casos, por exemplo, reuniões de equipe e formação no e pelo serviço, além do critério mais importante: identificação da equipe com a proposta.

Na reunião com o Secretário de Saúde e a Coordenadora de Atenção Básica, um dos pontos levantados por eles, é de que uma das unidades que eles escolheram tinham bons números referentes à vacina, consultas e visitas domiciliares. **Diário do pesquisador (fevereiro/2016)**

A secretaria não visa bom atendimento, ela visa quantidade de atendimento.

Aí você vê que eu fico aqui dentro nas consultas mesmo. Porque eles querem número, não querem qualidade. Aí a gente entra em decepção [...] fica nesse cotidiano de agenda, agenda, agenda, agendamento, agendamento. [...] não é bom, mas é isso que é a secretaria quer. **T11 (entrevista)**

Aqui é difícil; é consulta em cima de consulta [...] não dá pra ficar reunindo a equipe. **T6 (entrevista)**

Ainda é um desafio construir e pensar novas formas de gestão em saúde, em que os processos decisórios sejam pautados no coletivo, de maneira que trabalhadores e usuários participem ativamente. Não reconhecer que a gestão é resultado da inclusão e interação de profissionais e usuários pode produzir formas burocráticas de trabalho, com empobrecimento subjetivo do trabalhador e, conseqüentemente, do cuidado (CAMPOS, 2007; SUTIL et. al, 2015). Assim, o trabalhador pode perder o desejo pelo trabalho à medida que deixa de se reconhecer no produto final do seu processo de trabalho.

Essas estratégias que podem qualificar o trabalho demandam tempo e, portanto, menos espaço e possibilidade de produção de quantitativo, ou seja, aumentar o tempo das consultas com o olhar ampliado para o sujeito e contexto, necessariamente será preciso diminuí-las em termos quantitativos. Desse modo, para essa gestão, a melhor unidade é aquela que produz independente das condições de trabalho e da qualidade do que vem desenvolvendo.

O modo como se estruturam e é gerenciado o processo de trabalho é um grande nó crítico para mudança do modelo de cuidado em saúde no Brasil, uma vez que práticas como essa, de não inclusão do serviço, têm mostrado que a maioria das gestões em saúde está mais comprometida com outros tipos de interesse, e não com a saúde dos cidadãos (MERHY; ONOCKO, 1997).

O quadrilátero da formação para área da saúde também preconiza o aprender da gestão, apontando que as instituições formadoras e os municípios “possuem condições de reconstituírem a si mesmos, pois tradicionalmente um é o campo de exercício do ensino, e o outro o campo de exercício dos serviços” (CECCIM; FEUERWERKER, 2014, p.59).

É importante que todos os níveis de formação (graduação, pós-graduação, residências e formação em serviço) estejam pautadas em diretrizes curriculares que direcionem gerenciamentos e gestões em dinâmica de “roda” – abandonando a lógica piramidal composta por uma base larga de municípios, depois os estados nos níveis intermediários e, no topo, a União – e caminhando no sentido de horizontalizar as relações de poder sobre o território de que falam para todos que “entrem na roda” (CECCIM; FEUERWERKER, 2014).

A EPS em serviço, acontecendo no ato da prática, também pode incentivar processos de gestão descentralizados e colegiados, inclusive sendo estratégia fundamental para a revisão e reformulação de práticas de formação, gestão, políticas e controle social, assim como para transformar o ensino na graduação, residências, pós-graduação e formação em serviço (CECCIM, 2004/2005).

Desse modo, ao questionar os modos de gerir, também é importante pensar sobre como a gestão está sendo formada, em quais espaços, com quais estratégias. Os diversos modos de gerir também são resultantes dos diversos modos de formação para gestão/gerir, pensando que as instituições formadoras são importantes para articular ensino e serviço e também ampliar as competências do aluno no cuidado e na gestão do trabalho.

Se mantivermos gestões baseadas em organogramas piramidais, há maior probabilidade do autoritarismo da Secretaria Municipal de Saúde nas suas recomendações ser reproduzido no cotidiano das práticas.

Ela (coordenadora de AB) vem aqui só pra vigiar mesmo. Pra saber se está todo mundo trabalhando. **T1**

Eu não vou parar meu trabalho para chamar a gestão pra vir aqui conversar sobre a rede; eles já vieram e nunca resolvem nada, só sabem mandar. **T11**

O excesso de controle e disciplina pode acarretar aprisionamento de desejos e criatividade dos trabalhadores, além de reafirmar as diferenças e concentração do poder, o que pode dificultar processos de tomada de decisões de modo partilhado (CAMPOS, 2007).

Lorenzetti (2014) apontou em seu estudo que faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS, bem como constata a alta rotatividade dos gestores que têm dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, ou seja, baseados em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, que se distanciam das necessidades e complexidades do contexto e da complexidade do setor saúde.

Início então com a **primeira pista** para reflexão e atenção ao processo de fazer, planejar e pensar a EPS. Ao mesmo tempo em que a gestão determina quais unidades serão escolhidas – afastando as mesmas dos processos decisórios ou criando critérios de avaliações de produtivismo, – quem vai trabalhar a EPS aceita essa perspectiva, sem que ocorra a problematização desse processo com a gestão, resultando na redução de espaços de gestão compartilhada desde o período que antecede o início da EPS. Ainda que demande algo

diferente, como o dado apresentado, há um receio de tensionar muito e a oportunidade de fazer a pesquisa escapar.

Propus ao gestor, por intermédio de sua representante técnica²⁹, a ideia de fazermos uma reunião com todas as equipes de uma determinada região (que poderia ser escolhida por sorteio) e apresentar a proposta para todas, porém a mesma respondeu que não seria viável e que o gestor mesmo, juntamente com a coordenação de Atenção Básica e a coordenação de Saúde Mental, poderiam escolher. Questionei se eu poderia participar da reunião, ela disse que sim. **Diário do Pesquisador (fevereiro/2016).**

Como estimular autogestão do processo de trabalho em um processo de formação pela EPS, se ao decidirmos as unidades, elas não foram incluídas? Há então uma incoerência nos processos institucionais, tendo em vista que temos uma política de EPS que propõe gestão participativa enquanto movimento instituinte, ao passo que, em contrapartida, observamos o posicionamento passivo da pesquisadora frente à decisão da gestão (comum em outras pesquisas), a formação pouco direcionada para modos de gerir horizontalizados e a reprodução já instituída de modelos de gestão verticalizados.

É importante reforçarmos que as instituições de ensino, ao mesmo tempo que se mantêm passivas frente às decisões autoritárias da gestão – inclusive acerca da escolha de campo de prática da graduação, atividades de extensão ou pesquisa –, por intermédio dos docentes e pesquisadores também entram nos serviços apontando mudanças, atividades, propostas e agenda coerentes com um programa de ensino, muito embora diversas vezes, desconectadas da realidade do contexto e sem incluir os profissionais nesse processo.

Decidir incluir a gestão no momento de escolha das unidades teve repercussões nas equipes e no desenrolar da pesquisa. No momento, não nos questionamos sobre os possíveis efeitos dessa inclusão, assim como, a possibilidade de limitar a participação do gestor de saúde municipal ou de seus critérios para a escolha. Portanto, é importante enfatizar que os efeitos desse movimento são resultados do processo de pesquisar – que é dinâmico e acontece desde o pensar a pesquisa até o modo como nos posicionamos (ou não) frente aos caminhos que este estudo foi tomando.

Tentar apontar caminhos mais favoráveis ao processo de mudança é um exercício cotidiano que precisa também ser revisto, repensado e analisado a partir das nossas

²⁹ Esta pessoa ocupa uma função de técnico administrativo que responde em nome do Secretário Municipal de Saúde, tanto em sua ausência, quanto para adiantamento de processos.

implicações e dos atravessamentos institucionais, pois mesmo vivenciando processos reflexivos no planejamento e no pensar EPS, corremos o risco de reproduzir, de determinar, de sermos capturados pelo que já está instituído como prática, hábito e modos de formar (na instituição ensino ou em serviço).

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde mantinha a formação profissional alheia à organização da gestão e do debate crítico sobre cuidado e problemas do cotidiano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ao pensarmos a formação no serviço, precisamos considerar as necessidades de saúde de modo contextualizado, assim como a gestão social. A Portaria nº 3.332, de 2006 (BRASIL, 2006), aponta orientações relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, dentre os seus direcionamentos, bem como identifica os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços (BRASIL, 2009), de maneira que se torna importante criar estratégias de inclusão dos profissionais dos serviços nos processos decisórios e repensar a formação em serviço.

Se temos uma gestão que reconhece que todos governam, haverá a criação de espaços para isso, com convites e possibilidades de encontros entre gestores ocupando diferentes lugares de poder, assim como entre gestores e trabalhadores. Ao considerar esses aspectos, haverá maior possibilidade de apostas em estratégias que consideram a EPS também como uma estratégia de gestão (EPS EM MOVIMENTO, 2014d).

Apesar de a SMS incluir gestores de outros âmbitos, como a Coordenação de Saúde Mental e de Atenção Básica, o serviço ainda é pouco considerado nos processos decisórios.

O conceito do quadrilátero da formação – ensino-gestão-atenção-controle social – nos faz repensar que transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde vai além de questões técnicas: envolve mudança nas relações, nos atos de saúde, nas pessoas, nos modos de gerir; implica em articular ações para dentro e para fora da instituição, para dentro e para fora dos espaços de decisão já instituídos, ampliando a qualidade da gestão e o fortalecimento do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Essa escolha também me fez repensar e apontar pistas (**segunda pista**) acerca do modo instituído de organizarmos e planejarmos as formações e as atividades nos serviços – sejam elas atividades da graduação, pós-graduação, residência ou formação em serviço (como a EPS, por exemplo). Por vezes, essa organização e planejamento se tornam contraditórios com a proposta apresentada – pelo fato de haver participação coletiva nos processos decisórios desde o início do planejamento da intervenção. No entanto, incluir somente a gestão nesse processo e criar um território de dúvidas, medos, anseios, pode acarretar numa

participação no estudo por obrigação, buscando satisfazer a gestão, até como meio de continuar sendo o serviço exemplar, que atende o que é proposto ou imposto.

Análise da encomenda e demanda na Educação Permanente em Saúde e os movimentos de resistência

A produção desta tese, como apresentado inicialmente, teve o propósito de atender a encomenda do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, com a finalidade de apresentar uma escrita com determinada estruturação prevista e orientada pelo programa, atendendo suas normas. Porém, ao mesmo tempo, esta tese, desde o seu planejamento, para mim, enquanto militante da Reforma Psiquiátrica e especialista em saúde mental³⁰ – e nesse contexto implicada ideologicamente com o fortalecimento das ações de saúde mental na AB – também atendia uma encomenda social.

A encomenda social responde a questões que são de necessidade coletiva (MOURA, 2003; PASSOS; BARROS, 2000) e, portanto, frente aos estudos já apresentados, a experiência enquanto docente de conteúdos referentes à saúde mental e a própria militância e envolvimento da pesquisadora com questões de saúde mental, este estudo já foi pensado e planejado de acordo com minhas implicações ideológicas relacionadas à saúde mental. Sendo assim, entrei em campo com a ideia inicial de transformação do contexto de cuidado em saúde mental.

Desse modo, aponto a **terceira pista** no processo de pensar e fazer EPS: a entrada em campo iniciada a partir de um raciocínio equivocado e sobreimplicado de que o desejo, ideologias e implicações da pesquisadora – e, no momento, ocupando o lugar de facilitadora da EPS – estivessem de acordo com o desejo, ideologias e implicações dos trabalhadores e gestores. Essa sobreimplicação presente desde o momento de planejamento do estudo resultou posteriormente em frustração e algumas imposições, que só foram percebidas a partir da análise de implicação que iniciamos aqui e a qual daremos continuidade no capítulo nove. A análise de encomenda e demanda e os movimentos de resistência favoreceram o início do movimento da análise de implicação.

Para iniciar a pesquisa-intervenção no serviço, a coordenadora de AB agendou uma reunião para apresentar a oferta para as duas equipes. Na apresentação, estavam presentes a

³⁰ A minha formação de especialista em saúde mental, se deu primeiramente, por meio do mestrado, e no momento, sou docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental.

coordenadora de AB, eu e todos os profissionais das duas unidades, com exceção de uma das médicas. Fui bem recebida pela equipe enquanto alguém que estava na unidade acompanhada da coordenação de AB, porém a maioria apresentou queixas referentes às atividades e às pesquisas desenvolvidas anteriormente na unidade, que também repercutiam em questionamentos acerca deste estudo.

Os alunos vêm pra cá, começam uma atividade aqui e depois vão embora e a gente fica com a população pra dar resposta. **T16**

Será que vai acontecer isso de novo? (continuando a fala acima). **T9**

É que os alunos criam uma demanda, né? E depois não dão continuidade. **T6**

Vieram de longe tirar foto do paciente e a família fica na expectativa [...]; vem outro aluno, vem outro, uma hora enche o saco e não resolve. **T20**

Você está falando de saúde mental e eu estou pensando que vai ser muito importante, porque a gente tem muita dificuldade com a rede. **T1 (entrevista)**

As ACS que entraram mais recente não tiveram nenhuma capacitação em saúde mental. Vai ser muito importante. **T11**

Estes relatos propiciaram que eu olhasse a equipe de outro lugar, deslocando-me daquele já conhecido: do lugar de docente, embora naquele momento tentando exercer a empatia e me colocar naquele espaço como trabalhadora de saúde, como enfermeira de uma unidade básica. Ou seja, muitas vezes, como docente, nos inserimos em campo de prática, entramos no espaço e território do paciente/família e equipe de saúde e depois, por uma reorganização administrativa na distribuição de serviços para universidades, precisamos mudar e iniciar a prática em outra unidade, realizando, por vezes, uma prática irresponsável em relação à continuidade do cuidado ao outro e à corresponsabilização nesse processo.

Não no mesmo tempo cronológico, com o qual descrevo aqui, fui tendo a noção da importância da formação que se dá no “entre”, nos encontros possibilitados pela EPS, e dos movimentos de resistência no grupo.

Trago inicialmente uma reflexão acerca dos encontros ocorridos na pesquisa-intervenção e, em seguida, a resistência como movimento inicial da entrada em campo. Faço essa separação como modo didático de ordenação de escrita, porém entendo que a compreensão acerca do movimento de resistência do grupo aconteceu no decorrer da entrada

em campo e no desenrolar da pesquisa e que a minha resistência foi “percebida” somente após a saída do campo de intervenção, durante a escrita de um artigo e a partir das indagações da orientadora desta tese acerca da resistência ao entrar em campo.

Afinal, não conseguimos perceber tão rapidamente alguns efeitos da pesquisa, de modo que no processo da escrita pude revisitar os dados relativos a esses efeitos que passaram a ter sentido e complementaram a pesquisa (BESSAOUD-ALONSO, 2017).

Tenho muito medo de a intervenção falhar, a pesquisa não dar certo, a equipe não aceitar o projeto, recusarem no meio do caminho, principalmente pela proposta de discutir saúde mental [...] será que darei conta sozinha? **Diário do Pesquisador (janeiro/2016).**

Às vezes, eu não sei se eles não querem participar ou se estão com medo da proposta, de ser mais um trabalho; ou receio de se expor. **Diário do Pesquisador (abril/2016).**

A minha resistência naquele momento também estava relacionada ao medo do não saber e, por conseguinte, ao desejo de estar acompanhada durante todo o processo. Essa resistência também esconde uma insegurança diante do “não controle”, do “não saber” – tanto sobre o referencial teórico-metodológico, quanto acerca dos movimentos da EPS.

Esse processo de entrada em campo mobilizou questionamento em mim e na equipe. Do mesmo modo que a minha entrada em campo mexeu com o funcionamento da equipe, participar do cotidiano do serviço também produziu diversos efeitos em mim, como por exemplo, receios, medo, ansiedade de atender o que planejei, de “dar tudo certo”, a partir de uma implicação ideológica e estrutural-profissional, além de ter mais aproximação com o referencial teórico e seus conceitos.

Nos encontros estamos nos produzindo em movimento de dobra, ou seja, em atos que nos remetem para dentro de nós mesmos, junto e na interação com o outro. Um ato que se estabelece a partir das afecções daquilo que nos passa, o que nos toca, nos impulsiona e nos desloca para dentro e provoca mudanças sobre nossas ações, remetendo-nos a uma produção diferente da que estávamos construindo anteriormente (ABRAHÃO; MERHY, 2014, p. 319).

Desse modo, o processo de entrada em campo, permeado pelos encontros e re-olhar para encomenda, demanda e minhas implicações foi delineando um novo caminhar, em que a “velocidade” era determinada pelo contexto e pelo coletivo – e não por mim.

A **quarta pista** para fazer EPS é perder a ilusão de que existe o “controle” e que isso faz parte do movimento de aprender conceitos e práticas, aprender a pensar coletivamente; mas de aprender também sobre si, em exercício de autoanálise. Permitir não controlar o processo de aprendizagem também é uma pista importante para a formação baseada na autogestão pelo coletivo. Em uma pesquisa socioclínica, o ato de permitir-se não controlar ou “perder o controle” também está relacionado com a análise e com a construção coletiva, com o produzir-se nos encontros, no entre.

E se não der certo? E se a equipe não quiser? E se não aceitarem? E se eles não se identificarem com a proposta? Sinto que a responsabilidade é muito grande; para mim, para a pós-graduação, para o dever com a minha instituição, a UFMT. **Diário do Pesquisador (fevereiro/2016).**

Estou em um território antigo, porém novo nesta nova aventura de experimentação. Em alguns momentos, parece que nunca trabalhei em ESF ou que nunca estive em uma Unidade Básica de Saúde. É como se eu estivesse começando novamente e aprendendo a ser enfermeira. É... o aprender é constante mesmo! **Diário do Pesquisador (abril/2016)**

Parece que o andamento da intervenção não seguirá o que havia planejado. Será que darei conta desse processo? **Diário do Pesquisador (junho/2016).**

Nem a educação, nem a aprendizagem são “propriedades” da EPS (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Se o coordenador, ao conduzir a EPS, não tomar consciência de que a construção do conhecimento se dá no coletivo em processos de gestão também coletivos, tomando para a si responsabilidade do processo, dos acertos e desacertos, reproduzirá o modo instituído de funcionamento das instituições, impedindo que o inédito aconteça (BAREMBLITT, 2012; FORTUNA et. al, 2011), assim como a potência criativa e criadora dos coletivos.

O percurso da EPS acontece a partir do movimento do coletivo, da construção conjunta, da problematização voltados para as necessidades. Portanto, não há um cronograma ou “plano de aula” a ser seguido e respeitado: há acordos, pistas e direcionamentos que podem ser seguidos, pautados nos princípios da PNEPS e na EPS, em movimento enquanto amplificador

do modo de vivenciar a EPS.

Sendo assim, houve um entendimento sobre o “não controle” a partir da análise de implicação³¹. A EPS, guiada pelos princípios da Socioclínica, possibilitou encontros potentes ao longo da intervenção. Esses encontros muitas vezes aumentaram a potência do agir, do aprender e do processo de subjetivação, como se verá nos capítulos seguintes. Possivelmente, foi por meio disso que foram construídos novos processos subjetivos, produzindo novos territórios institucionais (FIGUEIREDO, 2018).

Esse processo de subjetivação se dá como um efeito “pororoca”: como o fenômeno do encontro de alguns rios, com a mesma grandeza e efeito, produzindo possibilidades formadas a partir da contramão da correnteza, ou seja, assim como na dobra resultante da contramão das forças dos rios que se encontram, também nessa contramão das forças e potências dos encontros faz-se uma outra dobra em mim (ABRAHÃO, 2004).

Essa dobra é o olhar para si, para os atos naturalizados do cotidiano, possibilitar a autoanálise e percepção dos afetos e afecções e, na Socioclínica, é analisar as implicações. A dobra nos desloca para um campo onde não há certo e errado, mas possibilidades não enrijecidas de ação e é por meio dos encontros que também analisamos nossas implicações³² (EPS EM MOVIMENTO, 2014e).

A restituição é outra ferramenta da Socioclínica que, por meio dos encontros e dessa dobra sobre nós mesmos, pode propiciar a análise de implicação. Assim, utilizamos a restituição enquanto um dos princípios da Socioclínica para vivenciar a EPS na formação em serviço em saúde mental.

Este princípio – restituição - é um momento importante para a pesquisa-intervenção, pois pode propiciar aproximação entre pesquisador e trabalhadores, gestão compartilhada dos processos e autoanálise. É por meio da restituição que também podemos ter oportunidade de colocar os analisadores na “mesa”, ou seja, rever a encomenda e demanda, entendendo com um movimento dinâmico e “invisível”, falar das resistências e sobreimplicações, por exemplo, sem necessariamente nominá-las.

Portanto, a **quinta pista** que apresento aqui é utilizar a restituição guiada pelo olhar da Socioclínica, bem como pensar esse princípio como uma oportunidade de pausa para olhar o processo percorrido.

A finalidade da restituição não era “repassar” informações, porém de partilhar as

³¹ Discutiremos no capítulo seguinte acerca da análise de implicação

³² análise de implicação esteve em todo o caminhar da pesquisadora, porém abordaremos em tópico específico adiante, no capítulo VII.

percepções com a equipe, buscando me aproximar da equipe e do modo “novo” de fazer EPS para formação em saúde mental. Tive o exercício então de fazer com que a equipe se apropriasse de uma parte do *status* de pesquisador construindo, nesse contexto, um “pesquisador-coletivo” (LOURAU, 2007).

Mas como é isso [restituição]? Você vai falar o que tem anotado e o que está pensando? **T16**

Diferente, eu nunca vi isso [restituição]. **T5**

Quando os alunos vêm pra cá, eles anotam, conversam, perguntam e depois vão embora; a gente nem fica sabendo de nada. **T20**

Foi muito bom você falar disso com a gente. A gente já percebia, mas não falava. **T19**

A restituição não é um ato caridoso, porém uma atividade intrínseca à pesquisa, um *feedback* importante a ser realizado assim como todas as outras etapas da pesquisa. Enquanto conceito socioanalítico, a restituição pressupõe um espaço em que possamos falar do que fica silente no grupo, ou falada em corredores, e de momentos de descontração da equipe (LOURAU, 2007). Desse modo, ao fazer a devolutiva, foi possível falar de atitudes que eles já percebiam, mas que não tinham disponibilidade para falar ou não tinha espaço criado e estímulo à fala.

Para tanto, durante a restituição, procura-se não haver recriminação ou falas carregadas de denúncias impotetizantes, mas sim um espaço usado para enunciar e apontar “coisas” (LOURAU, 2007). Portanto, busquei que a restituição fosse construtiva e respeitasse regras: como a discrição e a escolha do momento oportuno para sua realização (LOURAU, 2007).

Esse ato de compartilhar com a equipe é a socialização da pesquisa, propiciando que análise coletiva comece a partir da primeira restituição, uma vez que supõe ações de cogestão e coparticipação (LOURAU, 2007).

À medida que a equipe foi se percebendo como parte do processo de fazer pesquisa, eles também conseguiram falar e, por meio da restituição, fomos conseguindo rever a demanda, entendendo que ela vai se modificando e não necessariamente que acontece de modo explícito.

Iniciei a atividade **um pouco afetada pela desvalorização da equipe em relação àquele momento**. A vontade de a maioria querer ir embora e de alguns nem quererem estar ali naquele momento. Em seguida, li as falas, dizendo que escolhi algumas falas aleatoriamente que passam por conceitos diferentes. Questionei a equipe o que elas pensavam sobre; houve um silêncio no grupo; médica se pronunciou referindo que havia um problema de gestão municipal. [...] as ACS pareciam se comunicar pelo celular, elas se entreolhavam também e a médica e a enfermeira ‘cochicharam’ várias vezes até que a médica saiu antes de encerrarmos. Ao questionarmos a equipe se eles aceitariam a proposta de EPS, todos olharam para enfermeira, esperando que ela respondesse primeiro. Entendemos que a equipe concordou, mas ainda havia algo latente no grupo. Continuava desmotivada e via essa desmotivação em cada um. Estava muito triste e me emocionei ao sair do grupo. **Diário do Pesquisador (junho/2016)**

Ah, a gente vai fazer, né? A Secretaria escolheu, já fizemos a entrevista, vamos continuar. **T11**

E se a gente quiser pode desistir? **T21**

É obrigatório para todos? [...] Sabe aquele dia que aquela pessoa foi com você lá na escola de saúde pública? Sua orientadora, eu acho; a gente não tava entendendo nada que ela falava. Foi aí que a gente pensou em desistir; a gente não estava entendendo nada [...] mas a gente também ficou com medo de desistir, né? [...] a gestão escolheu, a enfermeira quis. [...] Agora a gente quer continuar; agora está melhor, a gente está gostando. **T15**

Desmarcar o grupo, novamente, me fez questionar se o grupo realmente quer continuar. Aceitaram, mas desmarcaram, remarcaram, chegam atrasados, saem para ir ao banheiro, mexem no celular. Esses comportamentos também dizem de modo não verbal que algo não está bem. **Diário do Pesquisador (agosto/2016)**

Ao final do terceiro encontro com uma das equipes, estavam presentes apenas as ACS e a recepcionista. Quando iniciamos a avaliação do encontro, comecei a restituir a elas sobre a minha percepção de desinteresse do grupo, frente aos atrasos, desmarcações, uso de celulares, dentre outros, naturalmente foram surgindo falas que retomaram a restituição. Então elas começaram a verbalizar a obrigatoriedade em participar do grupo. **Diário do Pesquisador (agosto/2016)**

Ninguém explicou nada para a gente até você chegar. Ligaram aqui, avisaram que você viria e que era alguma coisa de saúde mental. **T9**

Hoje, que a gente fez a cartolina e ficou discutindo sobre os problemas daqui, hoje foi bom, a gente interagiu. **T17**

Direcionei às demais questionando se todas sentiram isso e obtive confirmação de todas. Em seguida, questionei se elas queriam parar/encerrar os encontros, sem nenhum tipo de prejuízo. Elas, ao contrário do que eu esperava, disseram que não, que queriam continuar porque agora estavam gostando. Inicialmente fiquei afetada e muito abalada, pois não esperava ouvir isso. Mais tardiamente retomei meu diário com outro sentimento. Entendendo que o grupo avançou e que poder falar isso, poder ‘desabafar’, inclusive dizendo que não queria, demonstra que a equipe está

desenvolvendo um sentimento de pertencimento ao grupo e que agora faço parte dele. Me questionei também a respeito do tipo de formação que tem sido ofertada e qual relação tem sido produzida (com imposições da gestão), uma vez que elas relataram que a gestão não explicou e não discutiu o projeto com elas antes do aceite; apenas informou. E eu também não. Apenas apresentei o projeto quando a equipe já havia sido escolhida, **pensando que havia uma encomenda social coerente com a minha implicação ideológica** pensando que esse processo de consulta às equipes já tivesse acontecido. **Diário do Pesquisador (agosto/2016)**

Inicialmente, e ainda sobreimplicada, interpretei como escolha do grupo não continuar com os encontros, o que, naquele momento, resultou em frustração ainda relacionada à sobreimplicação já apresentada anteriormente acerca da minha dificuldade em analisar a minha implicação profissional e ideológica com a Reforma Psiquiátrica e com o fortalecimento de ações de saúde mental na AB, mas também sobreimplicada com a instituição universitária e com o modo de pensar acadêmico que, muitas vezes, é carregado de prepotência em relação a um lugar de falas sabidas, corretas e que, portanto, devem ser seguidas.

A sobreimplicação impediu que a implicação fosse analisada, “anestesiando os efeitos dinâmicos e processuais de nossas pertencas ideológicas, libidinais e institucionais nas situações das quais participamos” (ROMAGNOLI, 2014, p. 49).

Ao ouvir o relato das ACS como porta-vozes do grupo, acerca do não querer, mas da obrigatoriedade em participar, me propiciou rever minhas conclusões e entender que poder falar sobre isso no grupo, também é um meio de o grupo mostrar que está desenvolvendo o sentimento de pertencimento grupal, ou seja, os vínculos estão se consolidando, os membros estão experimentando sentimento de segurança e comprometimento com a tarefa (BAREMBLITT, 1986).

Outro ponto importante é que a participação da gestão na indicação das unidades participantes também trouxe efeito de desresponsabilização e que não houve explicação, consulta e discussão em equipe anterior à minha entrada em campo.

Além disso, cabe enfatizar que apesar de termos como objetivo o alargamento/expansão da análise e da intervenção, a participação da orientadora neste trabalho em apenas um encontro teve efeito de depósito do não entendimento e repulsa à instituição universitária.

Para evitar esse depósito, além da não inclusão pontual de membro externo, eu poderia ter proposto um *staff* rotativo, uma técnica criada por Monceau (2015), em que diferentes

membros não participam de todos os encontros e retornam regularmente à unidade, havendo uma continuidade e descontinuidade, permitindo renovação de interpretações, uma vez que diminui a familiarização. Apesar de não incluir a orientadora nesse *staff* rotativo, o processo de EPS guiada pelos princípios da socioclínica favoreceu o redirecionamento de uma crise que poderia ter finalizado o grupo. Entretanto, por meio da análise de implicação foi possível rever o modo como me relacionava com a saúde mental e com a minha militância.

À medida que partilho um dado/uma informação que não é do pesquisador e sim do grupo, ou seja, em atos de restituição, entendemos que essa é uma importante estratégia que pode viabilizar a construção do vínculo, a participação ativa, a construção de falas coletivas, entendendo que a formação envolve o partilhar também das angústias e das dificuldades do percurso.

Como a escolha das equipes participantes foi centrada na coordenação de Atenção Básica e na Coordenação de Saúde Mental, não partilhada com os serviços tampouco por eles encomendada, inicialmente houve movimentos de resistência no grupo em relação à obrigatoriedade de participar da pesquisa. A resistência no grupo aconteceu frente ao início de uma proposta que não foi encomendada pelos profissionais e também não discutida e planejada conjuntamente, em que os profissionais, a partir da primeira restituição, iniciaram um movimento de faltas, atrasados, pouca fala no grupo.

Para lidar com a resistência e ressignificá-la no grupo, foi estimulado no/ao grupo a importância de verbalização das necessidades, oportunizando assim a rediscussão da demanda e de uma “nova” oferta a eles. Na ocasião, usei o diálogo como estratégia para repensar oferta-demanda, porém ressaltamos que esse movimento também é invisível e dinâmico.

A entrada em campo e esse momento inicial foram mobilizando novas demandas e novas ofertas para o grupo, considerando que elas também são formadas no decorrer da pesquisa e produzidas por todos os envolvidos no trabalho socioclínico (MONCEAU, 2013).

É importante enfatizar que ao utilizar a restituição no processo de fazer EPS, houve uma aproximação da equipe com comportamentos referentes à autogestão. Considero que essa aproximação é resultado de um sentimento de pertencimento mobilizado no grupo a partir das atitudes de incluir o coletivo nas decisões, inclusive na partilha dos dados e percepções.

A referida equipe sempre vivenciou o processo de gerir como heterogestão, ou seja, a partir do controle e ação dos outros, numa relação de poder verticalizada e hierarquizada. Onocko (2003) e Passos et. al (2013) trazem reflexões interessantes sobre os sentidos de gestão. Onocko (2003) aponta duas dimensões de gestão: a de gerir, enquanto ação dos outros, mas também de gerar, no sentido de criar as próprias regras, sendo que tradicionalmente a

gestão trabalha a dimensão do gerir de modo heterogêneo. Por sua vez, de acordo com Passos et al. (2013), a gestão heterogênea pode aumentar a exploração do trabalho, a alienação, a reprodução do instituído e a naturalização do cotidiano e, em resposta a esse contexto, podem surgir propostas autogestionárias como um movimento instituinte.

O modo de enfrentamento dessa situação – a disposição do grupo em querer/participar e modo de gerir a EPS – fez com que o grupo seguisse um novo caminho a partir da resistência, ou seja, o facilitador, nesse momento, também precisa conseguir interpretar essa possível crise no grupo, posta como resistência, como uma possibilidade de crescimento e de envolvimento do grupo, estimulando processos instituintes de autogestão.

Nesse caso, a resistência como “barreira” para EPS não deve ser tomada com sentido negativo; não deve haver julgamento positivista bom ou ruim, mas uma oportunidade ou caminho para preservar determinado modo de trabalho/vida frente a uma mudança de rumo (DOBBIES, 2016).

De acordo com Lourau (1993, p. 22), “vivemos na heterogestão, o que nos aliena, nos priva de nossa autonomia, e nossa liberdade”. Assim, a dificuldade em exercer autogestão é um componente do processo de formação a ser considerado, uma vez que nossa vida cotidiana se passa no terreno da heterogestão, em que temos poucos espaços de autonomia (PASSOS et. al, 2013; LOURAU, 1993b).

Diante dessa situação, a equipe foi provocada a refletir e, para não sucumbir, analisaram suas condições e anunciaram novas pretensões (DOBBIES, 2016) como, por exemplo, voltar às discussões de EPS mais para o contexto das práticas com uma linguagem mais acessível a eles.

Na verdade, a gente não entendia nada que vocês falavam. Parecia que vocês falavam bla bla bla bla, todo mundo boiando. **T9**

A gente estava cansada e não estava entendendo nada do que vocês estavam falando de muitas palavras que a gente nunca tinha ouvido. **T15**

Tipo restituição. Ela [orientadora] explicou de um jeito mais difícil ainda aí que embananou tudo, eu não entendi nada quando ela explicava de restituição. **T13**

Agora está mais tranquilo; a gente está entendendo mais, quando não entende, a gente pergunta. **T17**

É importante considerar esses dados em dois pontos: o primeiro pode estar relacionado ao uso da fala acadêmica como depósito de resistência e de dificuldades que eram próprias do grupo e que, portanto, se distanciam de um enfrentamento positivo ou do olhar para si e suas implicações; e o segundo pode estar relacionado à linguagem acadêmica carregada de termos técnicos ou formulações de frases mais complexas.

É preciso estar atento à linguagem nas entrevistas e no grupo, pois ela determinará muitas vezes a direção da entrevista ou da discussão em grupo, assim como também exercer função de controle e reforçar uma relação hierárquica (TEDESCO, 2013; TEDESCO, 2008). Nessa perspectiva, o predomínio de um determinado discurso carregado de linguagem acadêmica pode reforçar uma relação hierárquica.

A fala do ACS muitas vezes é carregada de um saber empírico/popular e consegue fazer elo entre os anseios da comunidade e a oferta programática dos serviços de saúde. Entretanto, a comunicação nas instituições de saúde ainda é verticalizada, existindo poucos espaços para o diálogo e para a participação (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010), posto que não há muitos espaços de valorização de fala e de participação dos agentes.

Mesmo buscando uma prática de EPS integradora, coletiva e contextualizada, é importante estarmos atentos para essas capturadas pelo instituído, no caso, pela linguagem acadêmica. Somos tomados pelas instituições, querendo ou não, não havendo possibilidade de escolha (MONCEAU, 2008). Desse modo, entendo que estamos implicados com a instituição universitária, mesmo tecendo críticas a ela. Todavia, se há análise dessas implicações, poderão diminuir as capturas pelos modos instituídos e pela sobreimplicação.

Ademais, há uma relação de poder entre o saber científico do docente ou da enfermeira e médica, e um saber popular, o que pode resultar em práticas comunicativas verticalizadas, unidirecionais e hierarquizadas (CORIOLANO-MARINUS et. al, 2014). Nesse sentido, as estratégias de EPS podem ser espaços importantes para diminuir os silenciamentos e envolver todos na construção de um conhecimento coletivo.

Existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida o discurso e saber popular. Esse poder não está só nas instâncias superiores, como a gestão, por exemplo, mas penetra de modo sutil e por vezes profundo na trama social (FOUCAULT, 2013). Não estou buscando a compreensão sobre essa relação de poder, e sim, diluí-la por meio de processos coletivos como a EPS.

Somos cotidianamente governados por outrem e submetidos a mecanismos de poder e de regulamentação, como protocolos, ordens, controle de produção, metas a serem cumpridas, políticas e portarias, por exemplo, que também influenciará o cuidado e a relação profissional-

usuário (DOBBIES, 2016). Quanto mais heterogestão, menos possibilidade de cogestão e autonomia no trabalho.

O saber constitui relações de poder, de maneira que não há poder sem ter se estabelecido um saber (FOUCAULT, 2013). Portanto, há um processo de assujeitamento, em que há algumas determinações sobre os modos de ser e pensar, mas também há possibilidades de enfrentamento a esse poder, por meio das resistências (DOBBIES, 2016).

Desse modo, a análise dessas relações de poder pode ser um meio para o entendimento do processo de resistência (DOBBIES, 2016). “A resistência seria, portanto, uma espécie de catalisador químico para o esclarecimento das relações de poder: localização das suas posições, o descobrimento dos seus pontos de aplicação e métodos empregados” (DOBBIES, 2016, p. 68).

A resistência, na Socioclínica, tem sentido institucional quando revela algo e contribui para analisar a instituição (MONCEAU, 1997). Nesse contexto, o movimento de resistência começa a revelar que os atrasos e as ausências, enquanto comportamentos de resistência, anunciam as relações de poder e a pouca ou nenhuma participação coletiva nos processos decisórios³³.

Nessa perspectiva, é importante valorizarmos a análise resistencial, ou seja, a análise “pelas” resistências e não “das” resistências (MONCEAU, 1997), como uma força social da equipe em oposição às determinações da gestão e da enfermeira, ocupando um lugar de poder nesse movimento dinâmico (DOBBIES, L’ABBATE, 2016; MONCEAU, 1997).

Por conseguinte, a resistência revela mecanismos de poder, assim como um caminho possível para analisarmos as instituições e como essas atravessam nossas práticas. A enfermagem, enquanto instituição fortemente constituída por um caráter gerencial, atravessou o processo decisório determinando o aceite pela pesquisa e sua continuação em nome de um grupo que não foi consultado.

Essa materialização do poder por meio de decisões, muitas vezes autoritárias, estão diretamente relacionadas com a formação gerencial do enfermeiro atrelada à necessidade de liderança no trabalho, como competências instituídas na formação (CAMPAGNOLI, 2017).

Além disso, historicamente, a enfermagem sempre esteve submetida às determinações da instituição religião, sendo inicialmente um sacerdócio da igreja (não considerado profissão); seguia uma lógica instituída acerca de saberes e práticas pautados na religião (SANTANA, 2016).

³³ Abordaremos acerca das relações de poder no capítulo IX.

Com o surgimento do capitalismo e a profissionalização da enfermagem, por meio das *lady-nurses* e *nurses*, passou a existir uma figura que comandava e outra que executava, reproduzindo uma dominação, subordinação que a enfermagem já vivenciava em relação à Medicina, além de materializar, com essa divisão, uma desigualdade técnica e social do trabalho, uma vez que as *lady-nurses*, de famílias ricas, eram preparadas apenas para administrar e gerir o cuidado do paciente (ALMEIDA; ROCHA, 1989; ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Portanto, falar/partilhar no grupo o início da pesquisa movimentado por processos decisórios e movimentos de resistência frente a mecanismos de poder, repensando a resistência, possibilitou analisar as instituições, rever as encomendas e demandas que já não eram as mesmas de quando a pesquisa iniciou.

O serviço de saúde no qual realizamos a pesquisa já tinha um rotina, organização e normas instituídas, de modo que o processo de EPS com a entrada de um membro externo ao campo pode ter sido um importante movimento instituinte, que permitiu a circulação de fala, que parecia não existir até o momento. Ademais, a EPS também propiciou, não só a revisão do cotidiano de práticas, mas também revisitar o que eu acreditava, implicada ideologicamente e profissionalmente, ser o ideal ou o melhor, por vezes impondo um “novo” modo de trabalho, atravessado pela minha militância e especialidade (sua sobreimplicação).

Essa relação da resistência frente a determinações precisa acontecer, pois o instituído depende do instituinte para progredir ao passo que o instituinte depende do instituído para manter-se como projeto de mudança (DOBIES, L’ABBATE, 2016; MONCEAU, 1997).

Durante o processo de entrada em campo, uma das ACS me convidou para participar de uma visita domiciliar a uma família em que havia uma idosa com suspeita de demência senil, mãe de quatro filhos: três pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e um cuidador de todos.

Durante a visita, a médica solicitou vários exames, porém não houve questionamentos acerca de aspectos psicoemocionais.

Fiquei observando aquela situação, em que a médica aborda questões somente acerca da hipertensão arterial e uma queixa de dor epigástrica da idosa, como se o cuidado fosse direcionado apenas ao corpo e as emoções e sentimentos, assim como o exame mental, não fossem necessários ou importantes para o cuidado. Frente a isso, ocupando um lugar sobreimplicado com minha militância e com a instituição de ensino/educação, participei ativamente da visita, abordando questões acerca

do cotidiano da família, do tipo de acompanhamento psicossocial, do tempo de tratamento com psicofármacos, quais tipos de medicamentos faziam uso e se participavam de atividades como grupos e oficinas. Entre as perguntas, dava algumas pausas para que a médica pudesse dar continuidade, mas a entrevista continuava pautada nos aspectos orgânicos. **Diário do Pesquisador (maio/2018).**

Ao estar sobreimplicada com a militância e a especialidade em saúde mental, assim como com a instituição ensino, a postura de quem “sabe o que está fazendo”, enquanto lugar de especificidade e de docência, atravessou a entrevista naquele momento, mantendo uma consulta/visita domiciliar pautada nas necessidades da usuária, mas pouco dialogada e planejada conjuntamente no que tange à abordagem profissional.

Entendemos que nessa consulta também havia atravessamentos das instituições enfermagem e medicina, como uma relação histórica de poder entre elas, que levou a prática de enfermagem de uma ação independente, durante o período anterior à profissionalização, para uma relação de subordinação à prática médica (ALMEIDA: ROCHA. 1989). Ou seja, a enfermagem, por muito tempo, tem ocupado o trabalho de executar prescrições médicas e atividades gerenciais para possibilitar um bom atendimento e trabalho médico, por conseguinte, essa relação na consulta estava atravessada pelas instituições enfermagem e medicina. Entretanto, a posição da pesquisadora, enquanto também enfermeira, foi uma resistência a essa reprodução de uma relação de submissão.

Nesse processo dialético, em que há a relação das resistências com a implicação da pesquisadora, analisamos as três instâncias do movimento de resistência: defensivo, como movimento conservador; o ofensivo, como ato revolucionário; e integrativo, como uma alternativa a esses dois polos (MONCEAU, 1997).

O momento defensivo também se configura como autopreservação sem compromisso com o poder, como sobrevivência e manutenção do que está em *status quo* (MONCEAU, 1997), o qual também presenciei e analisei no período de entrada em campo:

Descrição da *setting*³⁴: eu estava em pé, apoiada na porta, enquanto a médica estava sentada atrás de sua mesa. Não houve convite para entrar. Ela não me olhava nos olhos e eu, provavelmente, aparentava ansiedade, decepção, descontentamento, pelo modo como a visita se deu, por a médica não valorizar os aspectos de saúde mental. Ela também aparentava

³⁴ *Setting*: termo utilizado comumente por autores que estudam grupo, como Pichòn Rivière, por exemplo, sendo usado para descrever a organização grupal, a cena grupal.

ansiedade, mas, talvez, por outros motivos que durante a discussão foram ficando claros.

No decorrer da discussão, a médica me informou que ela não gostou do modo como eu me posicionei; que ela entendia que uma consulta de saúde mental não pode ser feita conjuntamente com uma visita para abordar o cuidado à hipertensão. Me posicionei novamente explicando que os aspectos psíquicos são considerados em qualquer cuidado e qualquer consulta; não tem como separar. Inclusive as emoções e sentimentos podem interferir na pressão arterial. Após uma conversa tensa, encerramos agendando sua entrevista para a primeira etapa da pesquisa, em que ela desmarcou três vezes e não realizou. Penso que assim como eu, ela de algum modo, se protegia, e até poderia estar insegura. **Diário do Pesquisador (maio/2016)**

Caso haja um enrijecimento nos encontros, as tensões tendem a produzir conflitos que crescerão, caso não sejam trabalhados (EPS EM MOVIMENTO, 2014f). A EPS em movimento aponta uma pista (**sexta pista**) para essas situações indicando a importância de olhar para além do que a pessoa diz, ou seja, o que a fala dela carrega, quais fantasmas, experiências anteriores (as instituições que as atravessam). Essa consideração abre possibilidade para um encontro mais potente; do contrário, se estabelecem a disputa, desencontros (EPS EM MOVIMENTO, 2014f) ou resistências.

Segundo Monceau (1997), existem três momentos da resistência: defensivo, ofensivo e integrativo. Na cena apresentada, aparece um movimento mais defensivo por parte da instituição medicina, que preserva um modelo biomédico-psiquiátrico diante das proposições da atenção psicossocial provocadas pelo início da pesquisa-intervenção, que começa um processo de romper com modos instituídos de trabalho.

Com o desaparecimento da resistência, ou melhor, com a sua latência, o movimento integrativo visa a evitar um desmanche. Contudo, ela pode reaparecer enquanto absenteísmo, perda de interesse, dissimulações, dentre outros comportamentos que discutiremos posteriormente (DOBIES, L'ABBATE, 2016; MONCEAU, 1997).

O modo de funcionamento da equipe caracterizado por uma centralização de poder, ora na enfermagem, ora na medicina, não reuniu força suficiente para enfrentar o posicionamento rígido da médica, de maneira que a profissional permaneceu inicialmente distante da pesquisa, com a não participação na entrevista, porém posteriormente se inserindo aos poucos nos encontros de EPS.

Cabe ressaltar que a ausência da ACS nesse processo de discussão da visita revela novamente o atravessamento da instituição enfermagem e medicina, reproduzindo naquele momento a tensão entre duas instituições que, ao mesmo tempo que disputam o poder, buscam a dominação por meio da divisão técnica e social do trabalho e, naquele contexto, distancia da discussão a ACS que é quem, neste contexto, representava um saber pouco valorizado, por não abarcar o conhecimento acadêmico e, conseqüentemente, ocupava um

trabalho também pouco valorizado.

A resolução do conflito não deve ser capturada pelos modos instituídos, tendo em vista que a abordagem se dá pelo uso da autoridade de quem tem mais poder estabelecido/reconhecido. Fazer diferente implica em utilizar a potência dessa tensão para construir algo novo, que possa também apontar novos caminhos e fortalecer o processo de EPS, podendo ampliar a porosidade para o acolhimento às provocações³⁵ (EPS EM MOVIMENTO, 2014f).

Mesmo tendo desistido de agendar a entrevista com a médica, até porque entendo que é um direito dela não participar, fui até sua sala pessoalmente chamá-la para participar do encontro de EPS. Achei que ela não iria, mas ela foi. **Diário do pesquisador (julho/ 2016)**

Minha formação em saúde mental foi em um lugar muito bom, tranquilo, afastado, parecia uma fazenda (início do segundo encontro). [...] estava pensando aqui, que tratar um paciente de saúde mental em um lugar muito afastado não seria bom pra ele (final do terceiro encontro). **T1**

Há um componente de transformação do conhecimento, porém nos atentaremos aqui ao apontamento de que a tensão e resistência iniciais também repercutiram em abertura da médica para um novo saber ou saber diferente, à medida que eu também assumia uma postura acolhedora no processo de formação, analisando minhas implicações ideológicas com a Reforma Psiquiátrica, assim como revendo e saindo do seu lugar de especialista em saúde mental.

Apesar da integração conflituosa da Atenção Psicossocial em um serviço regido pelo poder médico pautado em um modelo biomédico-psiquiátrico, esse debate da inclusão da saúde mental nas ações dessa unidade foi se mostrando um meio pelo qual diversas questões institucionais foram sendo levantadas e abrindo campo para a EPS se movimentar.

Esses encontros não podem acontecer a partir de saberes pré-estabelecidos e sobreimplicados, mas como um campo novo de diálogo que considere as interferências institucionais, como a interferência da instituição ensino, por exemplo, as implicações e desejos de todos os envolvidos no processo de EPS. Portanto, esses deslocamentos e desterritorialização também podem ser potências para o aprendizado (EPS EM

³⁵ Utilizamos provocação como o sentido de estimular a fala no grupo e incitar reflexões, não como insulto ou afronta

MOVIMENTO, 2014g).

É importante atentar-se que essa crítica e comportamentos apresentados pela equipe, quanto à forma ou ao conteúdo da formação, assim como os movimentos de resistência são oportunidades de adequação das temáticas às necessidades de trabalho, o que permite inferir que estão preocupados com o próprio contexto, com os problemas cotidianos e que realmente conhecem a sua realidade de trabalho.

Portanto, o grupo começa a apresentar interdependência para realização das tarefas propostas a partir do momento que passa a se identificar e desenvolver interesse comum (LAPASSADE, 1989), inclusive compartilhando os movimentos de resistência:

Todas as reuniões antes de começar, eu fico com raiva, eu não gosto; aí quando começa, eu fico até com vergonha, porque penso: essa Larissa está acabando com meu tempo, tenho que atualizar minhas famílias. [...] Mas quando começa a reunião, aí eu gosto, aprendo, vou entrosando. **T20**

Dá uma preguiça antes de vir, até porque a gente está cansada das visitas, mas aí um começa a falar, outro fala, até eu estou falando também. **T5**

Barbier (1985) aponta que o prazer das relações no grupo é fundamental para a mudança. Há também uma dimensão psicoafetiva na implicação com a EPS, pois mesmo quando os profissionais já possuem vínculo anterior, os encontros da EPS fortaleceram a fala, a escuta e os vínculos.

A EPS em Movimento (2014g) aponta a importância dos sujeitos encontrarem fatores de afetivação que despertem seu corpo vibrátil na formação pela EPS, podendo ser um encontro, por exemplo. Esse fator de afetivação pode estimular a sensibilidade para habitar o ilocalizável, aquilo que também é invisível no cotidiano. Entendemos que o encontro também desterritorializa, podendo fabricar outros caminhos, que não os já instituídos.

Quando centralizamos a aprendizagem e a discussão nos grupos, há uma possibilidade não só de elaboração de conhecimento, integração e questionamento de si e dos outros (BASTOS, 2010), mas também de aprender a partir do que o outro traz, do que o outro sabe, a partir da relação com o outro.

Isso envolve um processo gradativo, em que as resistências – do grupo e do pesquisador – podem estar previstas no momento inicial do grupo, à medida que há o encontro com o novo: um novo serviço, novo grupo, nova demanda, novo tema, novo membro, um “novo” que pode nos desestabilizar e questionar certezas antigas sobre si e sobre

o mundo.

Desse modo, fazer EPS para formação em saúde mental e ser concomitantemente guiada pelos princípios da Socioclínica favoreceu espaços e oportunidades de rediscutir e rever as necessidades do grupo e, por conseguinte, a encomenda e as demandas – mesmo que esses movimentos acontecendo de modo “invisível” e dinâmico –, a restituição possibilitou que revisitássemos a proposta inicial.

CAPÍTULO VII:

O TRABALHO DAS IMPLICAÇÕES PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS

“Meu fado é o de não saber quase tudo. Sobre o nada eu tenho profundidades. Não tenho conexões com a realidade. Poderoso para mim, não é aquele que descobre ouro. Para mim, poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).” Manoel de Barros

A análise de (minha) implicação é a **sétima pista** que apresento, e uma das mais importantes para este estudo, pois por meio desse movimento foi possível, por vezes, redirecionar atos e comportamento, à medida que fui identificando minhas sobreimplicações e os atravessamentos institucionais.

Melo (2017) traz em seu trabalho que ao colocar os atravessamentos institucionais em evidência, por meio da análise de implicação, foi um potente dispositivo analítico e operatório para o desenvolvimento da EPS com os apoiadores e articuladores.

Portanto, apesar de trazer durante o capítulo anterior algumas reflexões acerca da análise de implicações, me atento aqui aos caminhos e às repercussões da EPS a partir do exercício da análise de implicação, neste capítulo invisto no detalhamento dos modos de implicação e como fui fazendo as análises. Como esta pista foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa, considero importante trazer um capítulo para que o leitor consiga vislumbrar na prática como esse movimento foi acontecendo.

Desse modo, acredito que esta pista - análise de implicação (neste estudo, análise de implicação do pesquisador) -, pode ser um caminho que facilite o processo de fazer e conduzir a EPS, o que corrobora o trabalho de Melo (2017).

A implicação a partir da Análise Institucional / Socioclínica não é a identificação com determinada tarefa, trabalho ou objeto de estudo, tampouco se refere a um julgamento de valor configurado em implicação boa ou má (LOURAU, 2004a): é a relação que os indivíduos desenvolvem com as instituições que encontramos e as que nos atravessam, sendo por elas tomado, querendo ele ou não (MONCEAU, 2008), de maneira que não há neutralidade nesse processo; todos nós estamos implicados de algum modo, e é necessário analisar essa implicação.

Dessa forma, discuto a implicação a partir do conjunto de relações que mantive com meu objeto de estudo, com o contexto de saúde mental e com as instituições que me atravessaram nesta pesquisa.

A minha implicação estrutural-profissional com processo de formação e com a especialidade em saúde mental, e a existência de um nível psicoafetivo com a militância em saúde mental, resultaram em vários momentos em medo e insegurança relacionados ao fato de ser docente de uma Instituição de Ensino Superior com importante trabalho em saúde mental.

Esse tipo de implicação não se deu somente na entrada, mas anterior a isso: desde o pensar o projeto, incluindo a análise dos lugares aos quais eu pertença. Foi por meio dos encontros e do coletivo que foi possível analisar minhas implicações.

Eu acho que tenho exigido muito desta intervenção. Exigido que “dê certo” como resposta a uma expectativa da vontade de efetivar a RAPS em Cuiabá, de caminhar com a Atenção Psicossocial, de envolver e aproximar os profissionais da rede para o cuidado em saúde mental. **Diário do Pesquisador (maio/2016)**

Olhar para minha entrada no serviço, enquanto sujeito estrangeiro, e perceber os movimentos da equipe de olhar para o trabalho, me fez dar conta de que mesmo se a intervenção com a equipe não tiver resultados significativos para o cuidado em saúde, a partir da minha avaliação e implicação, poderá ter resultados importantes para o trabalho em equipe, há efeitos no cotidiano. **Diário do Pesquisador (novembro/2016)**

Analisar a implicação não é perceber ou avaliar como eu reajo ao objeto de estudo, ou em relação ao trabalho, mas o modo como me relaciono com ele, como interajo, me envolvo e me comprometo, assinalando lugares aos quais pertença (BAREMBLITT, 2012).

Essa compreensão acerca das implicações e sobreimplicações permitiu que eu entendesse que a necessidade de controle ou desestabilização frente ao “não controle”, como apresentada anteriormente, estava relacionada à minha implicação estrutural-profissional com o processo de formação e especialidade em saúde mental e, a partir da análise desse atravessamento, foi possível valorizar a importância do “não controle” em um processo de formação a partir da EPS.

A implicação estrutural-profissional com o processo de formação estava vinculada ao meu trabalho enquanto docente, ou seja, a instituição ensino atravessando a pesquisa. Mesmo que cotidianamente eu busque implementar e criar práticas de ensino na graduação que sejam baseadas na autonomia e na participação do discente, ainda assim, há um controle, há modos instituídos que controlam e capturam o processo de ensinar problematizador e também instituinte, como as avaliações formais exigidas pelo programa, a necessidade de plano de

aula, de seguir cronogramas institucionais e de cumprir com objetivos descritos nos programas de disciplina.

Ser docente de uma Universidade, além de todo o meu contexto histórico referido anteriormente, acerca do desejo de ser professora, em alguns momentos a instituição Ensino/meu contexto de trabalho atravessou a vivência em EPS, me mantendo, por vezes, sobreimplicada.

A sobreimplicação só é percebida a partir da análise de implicação (LOURAU, 2014).

Cheguei à unidade 7h10min. A paciente estava esperando para coleta de sangue e, em seguida, faríamos a consulta. Enviei mensagem para a médica avisando que eu já estava na ESF e a paciente também, que somente a aguardava. Ela me respondeu que a babá de sua filha havia se atrasado e que não daria tempo de consultar. Eu disse que aguardaria. Ela respondeu que não poderia ficar no consultório comigo. Eu quis entender o porquê, ela disse que se sentiria melhor. Porém, aguardei com a paciente até às 8h30min; como ela não chegou consultei a paciente sozinha e logo percebi que ela estava com efeito extrapiramidal do haloperidol, com olhos parados, dificuldade de falar e movimento restrito dos membros superiores. Liguei no CAPS informando o caso e minha avaliação. A técnica de enfermagem que me atendeu conseguiu uma consulta para V. no dia seguinte. Como a enfermeira estava de férias, a médica não havia chegado e a ACS também não, informei o caso para o restante da equipe; a recepcionista anotou tudo, inclusive o número do celular de V. [...] Estava indo embora às 9h quando a médica chegou e pediu para falar comigo em sua sala; entrando na sala, visivelmente ela estava muito nervosa e agitada, e me disse que não faria mais nada do projeto, eu a questionei se ela entendia que o atendimento de uma paciente da área de abrangência que buscava a unidade cotidianamente era uma responsabilidade do projeto; ela ficou um pouco desconcertada com minha pergunta e disse que só iria encaminhar tudo a paciente e qualquer outra de saúde mental. **Diário do Pesquisador (outubro/2016)**

É muito difícil ver tanto descaso com a promoção da saúde mental e com os pacientes de saúde mental (enquanto especificidade) [...] a médica não compareceu à consulta pelo fato da paciente ter diagnóstico de esquizofrenia, em contrapartida eu dirigi 200 quilômetros para participar da consulta com ela, que foi decidida no último encontro de EPS a partir da discussão do caso dessa paciente. **Diário do Pesquisador (outubro/2016)**

Na situação descrita, o objeto de investigação não era somente cuidado em saúde mental, mas também o trabalho, os “diversos modos” de funcionamento do trabalho. Porém, à medida que reagi emocionalmente à situação ou o próprio ativismo da minha prática docente e militância com a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica fez com que me mantivesse sobreimplicada.

A sobreimplicação que eu vivenciava é resultado de fortes engajamentos ideológicos e

militância em saúde mental e saúde pública. Tendo em vista que a implicação sempre existirá (MONCEAU, 2008), nesse contexto, meu modo de relação com a instituição saúde/saúde mental era ideológico e libidinal.

As três dimensões da implicação – afetivo-libidinal, histórico-existencial e estrutural-profissional – estão articuladas e presentes em diversas formas, por meio da relação do profissional com seu objeto de pesquisa/intervenção com a instituição, com as encomendas e demandas sociais, com a epistemologia do campo disciplinas e com a escrita ou com meios para divulgar a pesquisa. A dimensão afetivo-libidinal está relacional aos afetos, do gostar ou não, da empatia presente ou ausente entre o pesquisador e o objeto de estudo; a histórico-existencial são as visões de mundo que “carregamos”, nossos valores e ideologias; e a estrutural-profissional são as questões relacionadas ao nosso trabalho (BARROS, 2013).

A minha implicação primária, ou seja, a relação que mantenho: com objeto de pesquisa – EPS para formação em saúde mental; e com o local/organização que se realiza a pesquisa – ESF. A implicação com a encomenda social e demandas sociais, que também foram sendo construídas ao longo da intervenção, era, sobretudo, vinculada ao meu lugar de especialista e militante em saúde mental.

O fato de ser especialista e militante da saúde mental e da atenção psicossocial, ser docente em saúde mental, acreditar que a atenção à saúde mental faz parte de qualquer cuidado ao ser humano, a minha empatia com os usuários em sofrimento psíquico e meu modo de trabalho militante dificultaram a vivência de uma visita em que não foram considerados aspectos psíquicos no atendimento, assim como a aceitação de outras atitudes negligentes, fatos que me mantiveram sobreimplicada de modo afetivo-libidinal e estrutural-profissional.

No nível individual, em uma pesquisa-intervenção, é comum o pesquisador se defrontar com a sua implicação psicoafetiva, pois o objeto de investigação sempre questiona os fundamentos da personalidade (BARBIER, 1985).

Assim como na experiência relatada por Dubois (2017), eu estava “habitada por um fantasma de um modelo”³⁶ nessa situação: um modelo de cuidado em saúde mental ideal e único, por meio do qual eu também acreditava ser capaz de mudar e fazer uma grande revolução no cuidado em saúde mental local, com implantação e implementação de ações de saúde mental na atenção básica e articulação com a RAPS.

Nesse contexto de sobreimplicação, também estive cega para o meu objeto de pesquisa

³⁶ Tradução minha

e o que realmente era minha tese; na oportunidade ainda acreditava que a minha tese era a “criação/implementação” do cuidado em saúde mental. Entendo que essa compreensão foi sendo construída ao longo da pesquisa e poderá ser melhor compreendida durante a leitura desta tese.

O conceito de sobreimplicação “permite uma melhor compreensão do conceito de implicação, e poderia ser definido como uma impossibilidade de analisar a implicação” (MONCEAU, 2008 p.23).

Estamos sempre implicados, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente: é um assinalamento do lugar que ocupa ou lhe é designado ocupar com riscos que isso implica de ato voluntário. Por isso, a Análise Institucional nos propõe analisar nossas implicações e não apenas falar em implicação (BARROS, 2013).

A sobreimplicação impede que a implicação seja analisada, anestesiando os efeitos de nossas pertencas ideológicas, libidinais e institucionais (ROMAGNOLI, 2014). Portanto, analisar essa implicação é o movimento de olhar pra si, olhar para quais instituições estão falando por nós e é, necessariamente, um trabalho coletivo, uma vez que não analiso minhas implicações sozinho em meu canto (MONCEAU, 2008), mas a partir da imersão no campo, do olhar para outro, da autoanálise, dos encontros, possibilitados no trabalho, de conseguir refletir acerca dos ecos das minhas ações.

A minha militância em saúde mental às vezes me mantém “cega” para o modo de funcionamento do grupo e outras possibilidades de aprendizado e de crescimento que deve ser próprio dele e construído por eles, a partir das necessidades deles. Se para mim é importante e emergente a organização do cuidado em saúde mental em rede, para eles, talvez seja, um passo anterior: a aproximação e o entendimento e até mesmo o rompimento com preconceitos e medos. Ir falando sobre isso no grupo, tem me ajudado, inclusive, a me aproximar deles, falar de mim, das minhas dificuldades enquanto enfermeira/docente de saúde mental; favorece com que eles falem deles.
Diário de campo do Pesquisador (outubro/2016).

A questão não é livrarmos da militância, mas tentar analisá-la coletivamente. Não é desaparecer com a inquietação, porém analisá-la e, conseqüentemente, produzir um conhecimento novo (MONCEAU, 2008).

O grupo me propiciou mais uma oportunidade de por meio do coletivo, analisar minhas implicações. **Diário do Pesquisador (outubro/2016).**

Você tentou esconder, mas a gente percebeu que você estava desapontada com a ausência da médica. **T10**

Parecia que estava nervosa por ter esperado, esperado a médica, e ver a paciente esperando também. [...] a gente também fica (nervosa), mas não pode fazer muita coisa. **T13**

(em resposta) Na maioria das vezes eu me envolvo demais [...] como enfermeira e mais ainda, enfermeira de saúde mental, não pude deixar a paciente sem atendimento. **Pesquisadora**

A análise das minhas implicações aconteceu por meio do coletivo, nos encontros e no decorrer da EPS. No decorrer dos encontros, conseguimos discutir e analisar coletivamente as implicações, que possibilitavam falar sobre os comportamentos e atitudes e nos olhar também.

A minha leitura acerca de algumas ausências nos encontros, mais especificamente das médicas das duas equipes, pode estar relacionada com a implicação estrutural-funcional, que ambas mantêm em relação ao cuidado em saúde mental, assim como a compreensão sobre esse conceito – resultado de uma formação ainda com olhar limitado ou voltada para o modelo psiquiátrico (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; GRYSCHK; PINTO, 2015; PENIDO, 2015).

Apesar da existência de leis que regulamentam a formação e atuação profissional de saúde, essas leis ainda não se concretizam na prática. Além disso, ainda há resistências referentes a um olhar ampliado, tanto para o processo de formação, quanto para o cuidado em saúde (RODRIGUES et. al, 2016).

Eu encaminho o paciente só. **T3 (entrevista)**

Ah, a gente olha, né? Faz a visita, conversa, mas depois encaminha. **T2 (entrevista)**

Como as implicações estrutural-funcional são referentes à profissão e ao modo como relaciono com ela, nesse caso, frente a um cenário de reprodução de cuidado biomédico-psiquiátrico centrado no medicamento e no encaminhamento (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013; BEZERRA et al., 2014), consequentemente o modo de se relacionar com esse objeto partirá desse contexto.

Em uma entrevista à Revista Fractal, Gilles Monceau (PASSOS et. al, 2008) aponta a reflexão sobre “o que querem aqueles que não querem”, ou seja, com quais instituições esses profissionais estão implicados à medida que não comparecem à unidade, não atendem determinados usuários como modo de resistência a um novo cuidado e à transformação de práticas que requerem do trabalhador muito mais do que o pensamento linear pautado em protocolos ou na naturalização da prática do cotidiano.

Desse modo, no encontro com o outro, é importante entender em que lugar ele entende estar, sabendo que pode ser diferente do que imagino (EPS EM MOVIMENTO, 2014f), ou seja, das minhas implicações ideológicas.

Entendo que pode haver uma implicação com a profissão também relacionada à instituição capitalismo, enquanto modelo neoliberal de formação, por meio do qual somos preparados para produzir e receber pelo quantitativo e não pela qualidade do cuidado ofertado e construído em conjunto. O modo capitalista de produção quando atravessa a formação em saúde pode produzir práticas biomédicas e descontextualizadas ou, até mesmo, ausência no trabalho. Enfatizo que é a minha percepção e minha leitura da implicação desses profissionais tendo como referencia a Análise Institucional.

Olhar para as instituições, por meio da análise de implicações, também pode ser uma estratégia de formação. A EPS se aproxima desse conceito quando parte do pressuposto da importância do deslocamento para dentro de nós mesmo ao vivenciar EPS, possibilitando a construção de algo diferente do que estávamos construindo até o momento (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

O exercício de autoanálise, que por vezes foi muito difícil, propiciou a mim e ao grupo conhecer as nossas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e estimular a análise coletiva.

Eu aponto outro porque eu não estou dando conta de olhar para mim às vezes. **T6.**

Sentar junto e conversar parece tão fácil, mas muita vezes não é, pois neste momento nos deparamos com as contradições, com as diferenças com as expectativas que temos um do outro que não são claras; esse parágrafo está caindo como uma luva aqui neste momento (após leitura de um texto acerca de trabalho em equipe). **T11.**

A pesquisa-intervenção pautada na Socioclínica Institucional/Análise Institucional permite explorar questões que são importantes para o trabalho e para cuidado e que também são sensíveis, pois a análise coletiva acontece durante todo o processo, não sendo restrita ao

pesquisador, mas sim a uma análise dentro da análise socioclínica que assegure não somente a contextualização organizacional, mas também econômica e ideológica das ações efetuadas em campo (MONCEAU, 2015).

Analisar as implicações requer o desenvolvimento de habilidades, que se dá por meio de trabalho e estudo. Desse modo, como **oitava pista**, ancorada no trabalho de Melo (2017), apontamos aos profissionais de saúde (facilitadores de EPS ou não) que esperam colocar a análise de implicação profissional em ato; a indicação é de aprender em ato na perspectiva da EPS, ou seja, tentar fazer, colocar em roda, na prática, no cotidiano do trabalho vivo e em ato, respaldado pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional/Socioclínica.

CAPÍTULO VIII:

A TRANSFORMAÇÃO DA COMPREENSÃO DE EPS PELA AÇÃO DE FAZER EPS

“[...] Meu quintal é maior do que o mundo.” Manoel de Barros

A proposta da EPS em si já parte do contexto, já nos provoca, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, no cuidado de saúde e, principalmente, nas pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse sentido, ao passo que nos envolvemos mais intensamente com a EPS, mais intensamente também somos convidados (ou provocados) a nos olhar, olhar para nossa prática e para o trabalho em equipe.

Assim, à medida que os encontros ocorriam, a equipe também começava a ter clareza da proposta, já que também iniciava uma participação ativa nas discussões, planejamento e avaliações dos encontros. Essa “chamada” ao envolvimento com a proposta, por meio da qual eles passaram a entender que a coordenadora não estava na posição de repassar informação, mas construí-las em conjunto, resulta na construção de um caminho acerca do que realmente é a EPS.

Elas estão acostumadas só receber informação, entendeu? Então esse negócio é novo para nós; esse negócio de você ter que pensar raciocinar responder, ainda está meio fraco no cotidiano [...] não estamos acostumados com isso, com questionamento. **T11**

Você quer saber de nós, mas nós não temos o que falar. **T2**

Os outros cursos são só palestra em cima de palestra, [...] não tá na realidade, fica muito vago. **T6**

É que sempre falamos aula porque sempre foi aula. Chama alguém de fora, a gente senta e escuta. **T16**

Ao finalizarmos o grupo, a enfermeira utilizou o termo aula se referindo ao grupo; me incomodou essa comparação e, portanto, no mesmo momento questionei o grupo se eles estavam se sentindo em uma aula. Eles responderam que não era aula, pois falavam muito e participavam. **Diário do Pesquisador (outubro/2016)**

Quando a formação é terceirizada e baseada em complementaridade, como na Educação Continuada, por exemplo, a qual é desenvolvida em ambientes exteriores ao da atuação (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017), o trabalhador precisa se ausentar do serviço, se

deslocar e ainda participar (ou receber) uma formação que muitas vezes não responde às suas necessidades ou está descontextualizada; o profissional constrói poucos sentidos com aquele espaço e encontro.

Algumas experiências de EPS restringem a formação a um modo muito direcionado, reproduzindo o modelo tradicional de formação, inclusive utilizando termos como “curso”, “aulas expositivos” realizadas em “auditórios” (PEREIRA; ANDRADE, 2017; MEDEIROS et. al, 2016), permitindo poucos espaços de criação, autonomia e autogestão de processos formadores, além de utilizarem o conceito de EPS em uma prática de Educação Continuada e/ou capacitação.

Outro ponto importante e que merece atenção é que muitas vezes nessas circunstâncias, alguém do serviço, normalmente a (o) enfermeira (o) e/ou a (o) médica (o), é nomeada (o) para participar de formações denominadas de EPS, com a responsabilidade de retornar(em) ao serviço e repassar(em) o “conteúdo aprendido” em formato de aula para os ACS.

Durante o lanche e a pausa para o café, os profissionais de uma das equipes começaram a perguntar mais sobre a pesquisa. Quando comecei a falar que a proposta era a EPS, muitos referiram já terem feito, mas era concentrado em uma semana e tinham que se deslocar para outro lugar: normalmente na Escola de Saúde Pública do Estado (localização geográfica bem distante da unidade). [...] A enfermeira disse que sempre é convocada para participar.

Diário do Pesquisador (junho/2016)

Aqui, a gente sempre está participando de Educação Permanente. Vira e mexe a secretária informa que vai ter algum curso. **T11 (entrevista)**

Quem vai mais é a enfermeira, aí ela repassa para a gente. **T3 (entrevista)**

Além disso, muitas vezes o processo formativo é voltado apenas ao enfoque biológico ou ao controle de variáveis de interesse do município. Esse tipo de formação –muitas vezes também com ênfase em prescrição de procedimentos e protocolos – contribui para um modelo de atenção à saúde fragmentado e descontextualizado da realidade social (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Assim, o conceito de EPS continua sendo confundido com o de Educação Continuada, uma vez que são feitas propostas denominadas de EPS, porém estruturadas em formações pontuais e capacitações.

Formar a partir da política de EPS e da EPS em Movimento é, inclusive, entender que esses espaços de “lanche e café” são espaços formadores, são espaços de potência e valorização da fala, da escuta e de reflexões coletivas.

Percebia que muitas vezes, alguns ACS falavam mais durante o cafezinho na copa quando sentava comigo do que no grupo; isso foi mudando ao longo dos encontros, mas no início não. O momento do café era sempre espaço de fala. Mais um motivo para meu gosto e paixão pelo café.
Diário do pesquisador (outubro/2016)

Entendemos que quando ampliamos o olhar para o que é formação, também ampliamos a compreensão acerca dos diversos espaços e possibilidades formadoras; é estar atento ao contexto, ao modo como as instituições nos atravessam, mas principalmente em quais espaços são mais potenciais para a fala e para a escuta ou para percepção de maior ou menor atravessamento institucional.

Propor uma experimentação de EPS é também se aventurar por outros continentes que ambicionem outros territórios (EPS EM MOVIMENTO, 2014h). Inclusive espaços desvalorizados e de grande potência, como a cozinha e/ou copa da unidade de saúde, lugares onde os problemas do cotidiano são partilhados. Portanto, outros espaços geográficos também se tornam espaços de formação.

Entendemos que a noção equivocada de EPS descrita em experiências, como base tecnicista e desarticuladas do trabalho (ROSSETTO; SILVA, 2010; RICALDONI, SENA, 2006), pode alterar o processo de formação, inclusive reproduzindo antigas práticas com novas denominações.

Essa tendência de confusão entre as terminologias também foi confirmada durante as entrevistas realizadas, oportunidades em que não houve diferença de resposta relacionada ao Ensino Superior ou não, como em um estudo que apontou que os profissionais com Ensino Superior possuíam mais conhecimento do que os demais (CARVALHO; ALMDEIDA; BEZERRA, 2016).

Ao serem questionados sobre o conhecimento acerca da EPS, responderam:

Não conheço, nunca ouvi falar. **T3 (entrevista)**

Para mim, eu acho que é ter continuidade. **T5 (entrevista)**

Dentro das necessidades, na medida que vai identificando as deficiências, a gente vai trabalhando mais esses temas, buscar aquilo que está deficiente. [...] de acordo com as necessidades da unidade. **T6 (entrevista)**

Você traz material e a gente estuda e aprende. **T8 (entrevista)**

EPS é a gente ir na casa de cada família conversar, explicar. **T9 (entrevista)**

Seria *on-line*? [...] De preferência aqui na unidade e agendado de acordo com nossa agenda. Seria pra equipe inteira? **T11 (entrevista)**

Não conheço; acho que você falou lá na sala, não falou? Já escutei porque você falou. **T2 (entrevista)**

A EPS é confundida com Educação Continuada que, por sua vez, é compreendida pela maioria como formação pontual ou palestra ou aquisição/aprimoramento de conhecimento técnico-científico (ZAVARESE, 2010; BISPO JUNIO, 2017).

Por outro lado, também precisamos considerar que a ESF, assim como outros serviços, vem sendo formada por meio de práticas pedagógicas tradicionais, baseadas na transmissão do conhecimento (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012) e, que, portanto, práticas de EPS também são desafiadoras, à medida que consideramos que as pessoas têm “diferentes formas de pensar e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser levado em conta quando se pretende estabelecer mudanças, sejam elas relacionadas ao conhecimento, atitudes e/ou habilidades” (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012, p. 57).

Ainda há confusão dos princípios da EPS com os da educação em saúde. A educação em saúde parte do pressuposto de que há um educador e um educando (VASCONCELOS, 1999). Mesmo valorizando o saber popular, o envolvimento de todos, as necessidades de saúde, a preservação da autonomia, o diálogo, a troca de saberes (MACIEL, 2009) – e até podendo criar possibilidades de reflexão, uma vez que o sujeito começa a repensar seu cotidiano vinculado a alimentação, doença/saúde, dentre outros –, ela ainda não tem o propósito inicial de autoanálise, autorreflexão do trabalho, como a EPS, até pelo fato de a educação em saúde normalmente ser direcionada para os usuários do serviço e a EPS realizada com os profissionais.

A PNEPS pressupõe que o aprendizado deve acontecer a partir do trabalho, não havendo separação entre aprender e ensinar, mas ambos serem parte do cotidiano dos serviços, acontecer no próprio serviço (BRASIL, 2004), usando a problematização e fortalecendo toda sua potência enquanto espaço construtor e possibilitador de aprendizagem pelo trabalho.

Apesar de alguns (minoria) referirem alguma compreensão que se aproxima da finalidade da EPS com base no PNEP e com os preceitos originais, a maioria ainda confundia o propósito da EPS ou não a conhecia. Esse fato pode refletir diretamente no modo de trabalho da equipe, ou seja, a depender de como seja estruturada e desenvolvida, a EPS pode gerar uma formação somente de executores de procedimentos (SOUZA et al, 2017), reproduzindo o aprendizado sem reflexão, descontextualizado e alienado.

Exemplo do que vivenciamos no serviço, até o momento de iniciarmos esta pesquisa, as práticas denominadas de EPS eram desenvolvidas em moldes de capacitação, em que as formações eram centralizadas em uma semana. Quando havia capacitações pontuais, a enfermeira, na maioria das vezes, era convocada para formação e depois tornava-se responsável em repassar as informações ao restante da equipe.

Apesar de já ter vivenciado práticas de EPS anterior a este estudo e de ter feito formação pela EPS em Movimento, estar em campo e ter novas experiências de EPS sempre é um aprendizado e uma oportunidade de desterritorialização, principalmente do lugar de docente que carrega um conhecimento legitimado socialmente, e nesta pesquisa, também sobreimplicada pela especialidade.

Acreditamos que a vivência em uma formação em serviço pela EPS provocou hesitações tanto na pesquisadora, quanto nos profissionais do serviço. Para a pesquisadora, houve situações de insegurança, enfrentamento de cenas temidas – como o não saber “responder” e “direcionar”, enquanto alguém que teria que dar respostas e que, aos poucos, começa a descobrir que as respostas e perguntas eram construídas no coletivo. Para os profissionais, participar de outro modo de formação, ou seja, formação em serviço pode ter influenciado por vez a pouca participação ou ter maior dificuldade de se envolver inicialmente com a pesquisa, já que eram acionados a falar, a repensar o cotidiano de práticas, “pré-conceitos” e inclusive, questionar o porquê de determinadas atitudes que são feitas corriqueiramente de modo “mecanizado”, dadas como natural, o que também gera uma carga de sofrimento. Olhar para si envolve também olhar para as fragilidades, que não estavam habituados a fazer.

A gente está refletindo também sobre as nossas ações; a gente batia na parede do próprio PSF também porque a gente não conseguia sair daqui; nem passou na minha cabeça, por exemplo, conversar com outros dispositivos da rede como na igreja, outro lugar. **T8**

Quando eu cheguei lá (casa do usuário do serviço), eu fui direto à doença; eu podia ter conversado mais, como que está indo e aí as coisas vão acontecendo na conversa. **T13**

Conscientização, eu acho que é essa a palavra quando a gente começa a se olhar. **T19**

A gente começou a ver que não tem articulação nem entre a gente, como fazer lá fora, falar de rede [...] não consegue resolver o problema dentro de casa, imagina fora. **T16**

Essa capacidade crítica de olhar para a prática e para as atividades do cotidiano com o olhar disposto a identificar fragilidades, mas também invenções/criações, passa pelo processo de percepção da realidade, como sendo dinâmica e fruto de uma construção social e histórica, que pode ser transformada (FREIRE, 1980).

Nesse sentido, os participantes da EPS começam a desvelar a realidade num movimento de olhar para si e para a prática, como movimento conjunto e articulado, como ação-reflexão, que deve constituir-se de maneira permanente, em que todo aprendizado associe-se a essa percepção de si e das situações reais e vivenciadas.

Portanto, é pensar os movimentos de EPS como capacidade de “outrar-se” – um exercício cotidiano e conceito trazido pela EPS em Movimento, que trata da capacidade de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos; uma singularidade múltipla, estimulando nossa capacidade de criação, de desbravamento, de curiosidade diante do mundo, ativando nossa potência diante da vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014h).

A EPS pode produzir o aprendizado por meio do olhar atento ao cotidiano do trabalho e da compreensão da prática, já que se propõe a ser um aprendizado crítico-reflexivo (CECCIM, 2004).

Entendemos que quando a percepção das fragilidades da prática partem do próprio trabalhador – resultado de uma reflexão crítica por meio da qual ele identifica os pontos problemas e propõem soluções – há maior possibilidade desse aprendizado ser permanente, já que o trabalhador também se torna parte do processo, autor do seu próprio aprendizado.

Desse modo, à medida que a EPS acontece, os participantes além de se olharem e olharem a própria prática, também podem começar a perceber as relações construídas no serviço, as inter-relações, o modo de trabalhar em equipe.

Não tem articulação nem entre a gente. Vou dar um exemplo. Paciente diagnosticado com hipertensão lá na sala da médica. Ela receita, a pessoa pega a medicação. Eu acho que ela tinha que escrever no papelzinho, na receita mesmo falando, fazer o cadastro de Hiperdia e, automaticamente, retornar pra agente de saúde: fulano de tal, diagnosticado hipertenso para o Hiperdia. **T16**

Interessante isso que vocês estão falando, porque a gente não teve reunião de equipe; me apresentei, peguei o bonde andando. E pra funcionar lá fora tem que funcionar aqui dentro. Muito importante o que vocês estão falando. Porque quantas gestantes vi de primeira consulta e nem me importei de avisar vocês!/? **T22**

Há muita família para acompanhar, mas tem dificuldade interna de sentar e discutir, de reunião de equipe, de trocar informação. **T19**

A vinda da Larissa tem contribuído, porque tem chamado atenção da gente; a gente está vendo os nossos pacientes com outros olhos. **T11**

Problematizar o cuidado em saúde mental, em um processo de EPS, foi uma estratégia para os profissionais se olharem. As discussões de caso de saúde mental tornaram-se um analisador do trabalho em equipe, uma vez que, por meio das discussões de saúde mental na EPS, começa-se a revelar a desorganização da equipe e expor, de modo natural, através das falas dos próprios participantes/trabalhadores, a desintegração da equipe e a dificuldade de trabalhar efetivamente em equipe. Ou seja, a discussão de casos de saúde mental desorganizou o que parecia estar organizado, como a configuração de uma equipe até então, aparentemente perfeita, provando a instituição e fazendo-a falar (L'ABBATE, 2004; LOURAU, 2014), configurando um novo sentido a uma prática que já estava estabelecida e dada como natural, sendo, portanto, um analisador.

Além disso, ao entrar no serviço, enquanto um novo membro na equipe, que mesmo “estrangeira”, tendo dois terrenos diferentes (fora e dentro da equipe), comecei também a fazer parte dessa equipe e a desestabilizá-la, desorganizá-la, fazendo questionamentos; perguntas que muitas vezes eram aparentemente ingênuas ou simples puderam fazer o grupo pensar/ repensar. A minha inserção na equipe permitiu reavivar a análise do cotidiano de trabalho e as interpretações produzidas com e pelos sujeitos (MONCEAU, 2015).

Como discutir sobre rede de serviços, se não há comunicação entre os trabalhadores? Como falar em autogestão do usuário, se não há exercício da minha própria autogestão no trabalho? Portanto, ao passo que a EPS acontecia e dispositivos facilitadores da discussão eram criados, os trabalhadores começavam a perceber que as fragilidades do cotidiano esbarravam no modo de funcionamento da equipe, na organização do processo de trabalho e no tipo de equipe. Consequentemente, começaram a concluir que se o funcionamento/modo de trabalho da equipe não está coeso, não será somente o cuidado em saúde mental que estará prejudicado, mas toda a prática, assim como a relação da equipe.

CAPÍTULO IX:

DISPOSITIVOS CRIADOS E O DISPOSITIVO ENQUANTO ANALISADOR

“Essas coisas me mudam para cisco. A minha independência tem algemas”
Manoel de Barros

Durante a pesquisa-intervenção apostei na criação de dispositivos autoanalíticos, em que na sua própria execução, já se poderia produzir a análise (MERHY, 2004). Nesse sentido, esclareço que a criação de dispositivos foi pactuada com os sujeitos da pesquisa e construídos no decorrer da intervenção, conforme a necessidade do grupo, sendo, por conseguinte, a criação de dispositivos a **nona pista** a ser inserida no processo de EPS.

Ao criarmos os dispositivos, esperamos que eles tornem-se dispositivos analíticos, fazendo surgir o instituinte (ROMAGNOLI, 2014), mas que também consigam produzir informação e intervirem na realidade em estudo, configurando-se efetivamente como pesquisa- intervenção do tipo socioclínica.

Dispositivos são montagens de elementos heterogêneos e provisórios criados para situações de intervenção que podem desestabilizar modos de funcionamento já instituídos e também tornar-se um analisador à medida que cria oportunidade de colocar a situação em análise (ROSSI; PASSOS, 2014; FORTUNA; MONCEAU, VALENTIM, et al, 2014). Desse modo, apresentamos neste capítulo todos os dispositivos criados, mas nos concentramos naqueles que também se tornaram analisadores e, portanto, trazemos aqui reflexões acerca de seus efeitos resultantes do uso do diário institucional coletivo, da dramatização, da construção de desenhos e de esquemas conceituais em grupo e da realização de leituras.

Assim, criei dispositivos desde o momento que antecedeu a entrada em campo para viabilizar a pesquisa e a partir da minha inserção no serviço, o primeiro dispositivo criado foi a observação participante. A pesquisadora permaneceu no serviço durante 30 dias como observadora participante, realizando em média 80 horas de observação, integrando-se às atividades do trabalho. Nesse período, alguns movimentos que não tinham a intenção de serem explicitados pela equipe; foram surgindo e já revelando concepções e modos de fazer da equipe.

A entrada em campo foi gerando demandas no caminhar da intervenção, produzidas por todos os que se encontram envolvidos no trabalho socioclínico (MONCEAU, 2013).

Outros dispositivos criados foram desenhos e esquemas conceituais, colagens, relaxamento, reflexões a partir de letras musicais e vídeos, dramatizações com roteiro construído pelos participantes, jogos com temas norteadores, diário coletivo e “autocarta³⁷”. Explicaremos seus significados e finalidades, porém, assumimos que não esgotaremos a discussão de todos os dispositivos utilizados nesta tese, uma vez que buscamos seguir o objetivo desta pesquisa como direcionador da escrita.

Os desenhos e esquemas conceituais foram utilizados para facilitar a visualização da rede, da organização, da disposição e da articulação dos serviços, assim como de conceitos que envolvem o posicionamento dos serviços diante da necessidade do usuário. Utilizamos o desenho também para expormos o que sentíamos no início, durante e final do grupo.

A utilização do desenho facilitou, no primeiro momento, visualizar a disposição dos serviços, suas responsabilidades e finalidades, assim como o modo de articulação e complexidade, favorecendo o trabalho coletivo e a (re)construção de conceitos e informações a partir do grupo e não como determinação externa. A utilização do desenho no segundo momento também foi extremamente importante, pois facilitou que mesmo os participantes mais tímidos falassem, à medida que o objetivo da atividade era desenhar e falar sobre/explicar o desenho.

Fizemos colagens em três momentos, referentes a discussões específicas de saúde mental e na concepção que eles tinham de uma pessoa em sofrimento mental; sobre abordagem, acolhimento e sobre uso de substância psicoativa e Redução de Danos (RD), o que facilitou o aprendizado do grupo, não só por ter um elemento visual, mas por promover a participação efetiva de todos na aprendizagem e discussão, por meio das quais todos traziam experiências e conhecimento empírico, agregados ao conhecimento científico.

Para técnica de relaxamento, utilizamos fundo musical suave e relaxamento direcionado pela pesquisadora. Essa técnica coincidentemente foi planejada e executada em um dia em que a equipe havia passado por vários problemas referentes ao trabalho/cotidiano, o que favoreceu ao grupo centrar-se na tarefa, concentrar-se, voltar-se para si e para aquele momento.

As letras musicais foram utilizadas em três momentos: primeiro – para discutir a Reforma Psiquiátrica (Música “Será” - Legião Urbana), acompanhada de imagens que retratavam a realidade manicomial e para dar sequência à discussão (Música “Maluco Beleza” - Raul Seixas; “Metamorfose ambulante” - Raul Seixas). Os momentos em que inserimos as

³⁷ Nomenclatura criada pela autora

músicas no grupo para sensibilizarmos ou dispararmos a discussão também provocaram muita emoção no grupo; alguns resgataram memórias de infância, lendas acerca da loucura, histórias de familiares já diagnosticados com algum tipo de transtorno mental, além de também favorecer a discussão, à medida que os participantes relacionavam as letras musicais, as imagens, a experiência empírica e a/os teoria/dados científicos.

As dramatizações configuraram-se em cenas criadas por eles mesmos, por meio das quais identificavam como uma situação problema ou frágil, possibilitando autoanálise da prática, do trabalho em equipe e, até mesmo, uma compreensão mais ampla no problema apresentado.

A proposta da dramatização foi pensada a partir de Monceau (2015), de maneira que propusemos ao grupo ocupar papéis diferentes de seus cargos/atribuições no serviço. Desse modo, o grupo dramatizou cenas típicas do cotidiano que para eles era um obstáculo a ser enfrentado ou alguma dificuldade presente no trabalho em equipe que eles identificavam como fragilidade. O tempo da análise coletiva foi determinante para revelar os atravessamentos institucionais. Trata-se, ao mesmo tempo, “de permitir aos participantes a expressão do que eles perceberam (encenando ou assistindo) e de utilizar a dramatização que acaba de ser feita como sustentáculo comum de reflexão” (MONCEAU, 2015, p. 211). Além disso, a caricatura e o humor deram um aspecto mais lúdico para a EPS (MONCEAU, 2015), facilitando a interação entre todos e criando um clima favorável para discussão.

A eficácia da dramatização como dispositivo socioclínico está no momento escolhido para colocar em prática (MONCEAU, 2015), bem como também entendemos que o seu uso repetitivo pode deixar de produzir efeitos na equipe.

Nesse contexto, é importante que o animador da dramatização ou como neste caso, a facilitadora da EPS, seja sensível para o que os profissionais expressam a respeito desse dispositivo, pois ele também pode gerar resistências, mesmo que nenhum participante tenha sido obrigado a representar algum papel na cena. Caso haja resistência, essa também deve ser objeto de análise coletiva (MONCEAU, 2015).

Os jogos com temas norteadores foram usados em momentos em que o grupo estava mais cansado, pouco concentrado/participativo. Enquanto pesquisadora e facilitadora do movimento de EPS levei papéis previamente cortados com anotações, perguntas, frases ou situações referentes ao tema. Nesses papéis, frases carregadas de medo ou preconceito frente à pessoa em sofrimento mental e outros em branco para eles mesmos escreverem. Os papéis foram dobrados, colocados em um caixa e sorteados por alguém do grupo, para, a partir da leitura, iniciarmos uma reflexão, sem julgamento de valores, mas sim de modo compreensivo,

buscando entender o porquê pensavam ou se posicionavam de uma forma ou de outra.

A “autocarta” foi uma técnica criada para finalizarmos o último encontro. Na oportunidade, sugeri que todos escrevessem uma carta a si mesmo, para o seu “eu do futuro”, o que eles vislumbravam para os próximos seis meses em relação ao trabalho em equipe, ao cotidiano de práticas e à EPS. A técnica seria completada após seis meses com o meu retorno ao serviço, porém, não consegui esse retorno, mesmo após diversas tentativas. Desse modo, por ser uma atividade proposta de sigilo em relação à escrita para si mesmo, não abri as cartas e não as incluí na análise.

O diário institucional coletivo foi baseado em outro estudo (JESUS; PEZZATO; ABRAHÃO, 2013), em que propus à equipe compartilhar escritos sobre a prática cotidiana e as percepções e reflexões. O diário institucional coletivo era um caderno, estilo livro ata, que ficava sempre no serviço (uma em cada unidade) e tinha livre circulação e onde eram registrados os relatos de forma livre e espontânea.

O diário, na perspectiva da AI, pode ser uma ferramenta de intervenção e ter o potencial de “produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar” (PEZZATO; L’ABBATE, 2011, p. 1303).

Nesse sentido, busquei um espaço de registro dos processos de subjetivação dos sujeitos para promover uma reflexão da própria prática – na medida em que o ato de escrever, seja individualmente ou coletivamente, pode propiciar reflexão sobre o vivido e revelar o não dito (PEZZATO; L’ABBATE, 2011). A partir disso, propus ao grupo o uso do diário institucional coletivo.

Esse diário se diferenciava do diário do pesquisador, pois não era uma narrativa do pesquisador acerca do contexto e suas implicações com e na pesquisa (LOURAU, 2004d). A restituição escrita propicia uma reflexão que é própria do escrever, podendo fazer com que o trabalhador se depare com as fragilidades concretas institucionais (LOURAU, 1993).

A escrita do diário institucional é um convite às pessoas ao exercício da escrita pública, espontânea e compartilhada.

O objetivo deste trabalho é primeiramente - para aquele que o tem - clarear sua relação com o seu trabalho, sua relação com o estabelecimento ou instituição tomada como alvo da pesquisa. Quando este trabalho for difundido internamente no estabelecimento, o diário tornar-se-á ferramenta de intervenção, método de análise e, talvez, de mudança no lugar onde ele é também discutido, visto, contestado (HESS, 1988, p. 4).

O diário institucional e, neste caso, também coletivo, pode ter um potencial de reflexão do trabalho, de autoanálise, podendo provocar e promover mudança. Porém, na experiência desta pesquisa o diário institucional coletivo era carregado de medos e de inseguranças na escrita.

A equipe não se identificou com a proposta, escreveu pouco e, mesmo com as orientações da pesquisadora acerca da escrita livre e reflexiva, as anotações eram, na maioria das vezes, referentes a avaliações qualitativas da discussão diária, como ótimo, bom, regular, ruim ou “poderia ter falado mais”, “poderia ter participado mais”. No nosso contexto, o diário não conseguiu atingir seu potencial de análise e reflexão da prática, porém, foi um analisador das práticas e do modo de funcionamento do trabalho.

Você disse que não é obrigatório, então não precisa fazer. **T2**

Aqui a gente só faz o que é obrigatório [risos]. **T9**

O diário está aí, em algum lugar, não lembro onde coloquei. **T6**

Eu acho que está na minha sala ainda, eu tinha guardado lá. **T11**

Ah, a gente esquece de escrever. **T14**

[...] igual com o diário (comparando o trabalho com o diário), a gente esquece, deixa um pouco de lado, mas no fim a gente vai escrever. **T16**

O modo que eles veem o diário coletivo pode refletir também o modo como eles veem muitas atividades do próprio trabalho e o próprio funcionamento. Ao problematizar a questão dos diários como analisador do trabalho, uma equipe direcionou a discussão para a obrigatoriedade de muitas atividades da unidade e a outra equipe seguiu um raciocínio em que eles se localizam na própria desorganização e, por mais que posterguem muitas atividades, eles cumprem.

Essa situação também abre pistas para quem está animado com a EPS atentar-se para dois pontos nesse contexto: primeiro (**décima pista**), os dispositivos podem ser revistos e propostos a partir das necessidades sentidas, uma vez que, nesse momento, esses dispositivos representavam mais trabalho à equipe, tendo uma importância e valor somente para mim; e segundo (**décima primeira pista**), estar atento aos atravessamentos do modo de funcionamento e tipo de coordenação ao cotidiano de trabalho e no processo de formação em

serviço.

A equipe que caminha a partir da obrigatoriedade talvez seja resultado do tipo de coordenação da enfermeira e médica, que também se tratam e se colocam em posição superior aos demais trabalhadores.

Normalmente, essa parte de decidir, de ir atrás, fica com a enfermeira. **T14**

Os problemas burocráticos eu deixo pra enfermeira [...]. A gestão impõe a situação. Eles não falam “olha, tem uma possibilidade disso, daquilo”, não, impõe mesmo. **T1**

Aqui a enfermeira decide e fala comigo (médica) [...]. **T3 (entrevista)**

Quando eu cheguei aqui eu perguntei: por que enfermeira chefe e não médica-chefe? [...] Percebi que o médico fica pouco tempo, aí os médicos não vou saber conhecer o paciente. **T13**

A gestão vem aqui só se for para cobrar. Mais ou menos assim: chega com problema, impõe a situação. **T6**

Nós fomos obrigadas a ler. **T2**

Liberei para vocês lerem, é diferente. Sentaram no ar condicionado para ler. Por isso elas estão faladeiras, eu não li, só vocês que leram. **T11**

Liberou, mas disse que tínhamos que ler aqui. **T9**

Os arranjos criados para desestabilizar os modos instituídos de funcionamento também se configuraram como analisadores, sendo capazes de revelar a estrutura da organização forçando a falar (LAPASSADE, 1979; LOURAU, 2014).

Um dos caminhos (**décima segunda pista**) que nos auxiliaram na formação em saúde mental pela EPS foi a realização de dramatizações de situações do cotidiano sobre trabalho em equipe e os modos de funcionamento.

Ao utilizar a dramatização como dispositivo, ela também passou a ser um analisador, pois possibilitou que a equipe identificasse que o trabalho era centralizado nas decisões da enfermagem e medicina, revelando relações de poder e a divisão técnica e social do trabalho, iniciando um processo de autoanálise e reflexão acerca do trabalho em equipe.

A dramatização foi utilizada em dois momentos nas duas equipes: para discussão da abordagem da pessoa em sofrimento mental, em situação de crise ou em acompanhamento pela unidade e para a realização da restituição. Para o primeiro momento, à medida que

terminavam a dramatização, discutíamos as cenas baseadas em situações reais, eles refletiam, repensavam e faziam novamente, a partir de uma “solução” criada em grupo.

Para a restituição, sugeri a dramatização de cenas sobre o que eles achavam que ainda era frágil no cuidado em saúde/saúde mental e no cotidiano de trabalho e que a EPS ajudou a perceber. A proposta era que, a partir da dramatização, o próprio grupo trouxesse cenas do cotidiano em relação às quais sentiam mais dificuldade em lidar, reagir, abordar ou acolher.

Falas da cena: “eu caí lá na porta da escola” (T6 representando a usuária do serviço); “E o seu medicamento? Você tá tomando direitinho?” (T8 representando a ACS); “A ACS trouxe aqui o caso dela e disse que ela está sonolenta e está sem medicamento, ela sofreu uma pancada e eu queria saber que a gente pode fazer se você pode visitar ela” (T16 representando a enfermeira e dialogando com a médica); “Por quê? Ela não tem medicamento?” (T8 também representando a médica).

A cena foi toda direcionada a partir da decisão da médica, contando com a opinião somente da enfermeira. **Diário do pesquisador (dezembro/2016)**

Gente, esse teatro ficou uma bagunça [...] muito ruim, será que somos assim mesmo? **T19**

Acho que boa parte do que passou aqui é a gente mesmo; a gente faz assim, vai direto na enfermeira pra falar [...] não tem muita reunião pra discutir. **T16**

Na cena ela mal pegou na mão do paciente, [...] ela vai na casa do paciente e quando termina, passa álcool na mão na frente dele. **T17**

Mas na prática é assim também [...] e tem mais: o olhar também é mais para ferida e remédio [...]. (e como isso é dialogado em equipe?) Não é falado. **T15**

A gente é obrigado a vir em tudo, mas ela (médica) não. **T9**

Na cena, foi a médica e a enfermeira que decidiram mais, né? [...] **a gente deixa pra elas, o que elas que sabem.** **T13**

Eu observei **na cena** que um leva para o outro e leva para o outro e cada um faz uma partezinha. **T20** (nesse momento como observadora)

O efeito foi imediato na dinâmica da análise, pois a dramatização denunciou modos instituídos por meio das cenas representadas. Mesmo a cena sendo baseada em problemas do cotidiano vivenciado por eles, a discussão foi direcionada para a representação dos profissionais e não mais para situações reais, o que favoreceu a despersonalização e teve o efeito de liberar a palavra no grupo, provando o distanciamento rápido que propiciou

reflexões e autoanálise do trabalho pelo processo de EPS, como reforçado com negrito em algumas falas (MONCEAU, 2015).

As duas equipes dramatizaram situações diferentes, mas ambas expuseram uma desarticulação do trabalho. Uma delas havia centralização do cuidado na doença, na medicação e na decisão médica ou de enfermagem e a outra apontou que havia ações desarticuladas e pouca discussão de caso em equipe ou partilha de problemas referentes ao trabalho nos espaços coletivos, como a reunião de equipe, por exemplo. Além disso, em ambas as equipes, a dramatização começa a apontar e revelar uma divisão técnica e social do trabalho, como assinalado em uma das falas, razão pela qual iniciaremos a discussão por este ponto e, em sequência, abordaremos a centralização do cuidado na médica/enfermeira/medicação.

A divisão técnica do trabalho, além de estabelecer uma divisão de tarefas intelectuais ou manuais, também materializa a desigualdade social que é refletida no cotidiano de trabalho através das atividades técnicas diferentes a cada profissão, presente no modo de produção capitalista (MELO, 1986).

Essa divisão técnica e social do trabalho, legitimada pela instituição Ensino, era gerenciada na maioria das vezes pela enfermeira, por ser quem detinha o saber e o controle do processo de trabalho. Porém, contraditoriamente, a enfermeira, muito mais do que a médica, também se sujeitava às determinações da gestão (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

As diferenças técnicas estão relacionadas às especializações dos saberes e responsabilidades técnicas entre as profissionais. No entanto, essa diferença também se configura como desigual enquanto a valorização social. Essa diferença técnica, que resultava em desigualdades, impunha uma determinada hierarquia e disciplina entre as diferenças técnicas no trabalho, ou seja, entre as diferentes funções na equipe (PEDUZZI, 2001).

A maioria dos espaços de formação que a equipe havia vivenciado era voltada para capacitação ou para informações a serem repassadas sob a responsabilidade da enfermeira, o que garantia ao serviço a manutenção da relação de poder, uma vez que o poder está relacionado ao saber. Nesse sentido, o saber estava sempre “no domínio” da enfermagem e medicina: pelo menos esse era o imaginário das ACS e demais profissionais que foi se revelando no decorrer dos encontros.

Desse modo, criar o desenho e a construção de informações e esquemas conceituais pelo coletivo foram também revelando e reforçando o que o grupo já havia apontado na dramatização:

Durante a construção dos desenhos e esquemas conceituais, ao discutirmos acerca dos termos utilizados no cuidado em saúde mental, iniciamos uma problematização acerca dos termos utilizados por eles ou já ouvidos e qual seria mais coerente com a proposta do modelo de Atenção Psicossocial, por exemplo, pessoa em sofrimento mental/psíquico ou doente mental. Um das ACSs prontamente respondeu “pessoa em sofrimento mental”, porém ao ver que a médica e a enfermeira responderam “doente mental”, ela revê sua resposta, pensando estar equivocada, concorda com a médica e enfermeira. O mais interessante desta discussão é que ninguém do grupo problematizou o porquê a médica e enfermeira haviam escolhido determinada resposta, mas questionaram a ACS sobre os motivos que a fez escolher “pessoa em sofrimento mental”. Eu então direcionei o mesmo questionamento do grupo para a médica e enfermeira também, não intervi na discussão e deixei o grupo caminhar sozinho. **Diário do Pesquisador (agosto/2016).**

Doente mental, apesar de a gente pensar só no *sequelado*, mas é doente. **T3**

Eu acho que é sofrimento mental. **T17**

Se ele está com diagnóstico, é uma doença. **T11**

Ah, então elas estão certas. [...] Eu não sei, eu sou a que menos sei aqui. **T17**

Gargalhadas ao final como se médica e enfermeira tivessem ganhado uma competição de saber e poder. [...] Ao final da discussão sobre o tema e com muita dificuldade de contrariar a opinião da médica e da enfermeira, a equipe concluiu que o posicionamento da ACS estava correto. Outro fato que chamou a atenção, todas olhavam muito pra enfermeira (principalmente) e médica, como se pedisse autorização para o que iam falar, ou se estava certo, ou se podiam falar, isso sempre acontecia, mas com mais intensidade nos primeiros encontros. **Diário do Pesquisador (agosto/2016)**

O saber legitimado, por um título de graduação, nesse caso, desencadeia uma relação de poder sobre o outro, que também pode ser perversa. O saber da ACS poderia ser questionado, mas o da medicina e enfermagem não.

Sempre haverá uma relação entre conhecimento e poder, em que quem ordena e quem possui a “verdade” é aquele que detém o saber legitimado (FOUCAULT, 2004), o que nesse caso é um saber legitimado no imaginário da equipe, pois entendemos que não há no serviço de saúde um saber maior ou menor ou menos qualificado, mas com suas especificidades, com seus domínios e contextos, onde todos são complementares para o coletivo.

O poder é relacional envolvendo duas ou mais pessoas, em que numa relação dialógica sempre haverá disputa de poder (FOUCAULT, 2013).

Mas esse é um dos objetivos: trazer o paciente até a unidade. Visita domiciliar é só para acamado mesmo. (Meu questionamento: isso é determinado pela gestão?). Não, é determinado pela médica mesmo. **T8**

Eu não deixo elas ficarem paradas aqui na unidade não. [...] Eu só tiro 15 dias de férias para não entrar outra no meu lugar, porque se tirar 30 dias direto tem que ter substituta (Mas com uma pessoa de fora pode ser uma oportunidade de rever a prática e o que a gente tem feito - minha fala). Não é pra rever prática nem nada, vai querer inventar coisas aqui. **T11**

A gente está procurando uma maneira diferente de falar sem criar atritos e barreira com ela (médica). **T9**

Antes de iniciarmos o encontro, a recepcionista foi buscar do outro lado da unidade uma cadeira mais confortável para ela; ainda no início do grupo, ela se levantou para alguma atividade; nesse momento, a enfermeira mudou de lugar e sentou na cadeira dela. Ao retornar, a recepcionista disse que estava ali, pedindo a cadeira de volta, a enfermeira respondeu “o problema é seu, quem mandou sair”. A recepcionista continua insistindo e explicando que havia ido do outro lado da unidade pegar a cadeira, a enfermeira deu uma gargalhada e permaneceu sentada. Após um tempo, por causa do ar condicionado, reposicionamos as cadeiras; esta situação poderia ser uma oportunidade para enfermeira devolver a cadeira, já que a recepcionista estava do lado dela, seria mais fácil apenas trocar de cadeira, mas a enfermeira levou com ela a cadeira mais confortável. **Diário do pesquisador (setembro/2016)**

A cadeira denuncia uma relação de poder e uma coordenação autoritária, em que o melhor lugar deve ser ocupado por quem detém o saber e, conseqüentemente, o poder. A não devolução da cadeira também é um modo de reforçar quem manda, quem determina e quem possui e exerce o poder.

Há certa banalização das relações de poder no cotidiano dos serviços de saúde, “tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, manifestada na acomodação burocrática ou na omissão daqueles que a vivenciam, como também dos gestores” (VILA; ARANHA; SILVA; FLÔR, 2015, p. 1051).

A disciplina também está presente no trabalho, a mesma disciplina que organiza celas, lugares e fileiras reproduzindo a hierarquia do comando. A marcação de determinados lugares também indica determinados valores de poder, garantindo obediência dos indivíduos. Também é projetado nessa organização características de hierarquia de poder (FOUCAULT, 2008). A aparente organização desse contexto, de lugares fixos no momento da discussão, é apenas uma estratégia de manter o poder daquele que possui o saber legitimado.

Apesar desse fato não ter sido partilhado e discutido no momento por todos, considero a cadeira como um analisador, uma vez que essa cena começa a despertar na equipe um

processo de autoanálise do seu modo de funcionamento, uma vez que todos ficaram em silêncio se olhando. Entendo que o silêncio fala e também é um modo de se expressar.

As relações de poder-saber, na maioria das vezes, são vividas de forma naturalizada pelos integrantes das ESF. Quando os trabalhadores são questionados sobre a existência de poder no cotidiano do trabalho, a maioria enfatiza o bom relacionamento (VILA; ARANHA; SILVA; FLÔR, 2015); esses mesmos trabalhadores não conseguem identificar uma hierarquia em que o poder está nas mãos de quem tem um saber legitimado.

Essa cena dada sempre como natural, integrada a rotina do serviço, até o momento sem muitos questionamentos, uma vez que já havíamos presenciado outras situações similares, ganhou um novo sentido nesse encontro com o silêncio e o olhar reflexivo de todos ao se entreolharem. Aconteceu de modo natural expondo um conflito no grupo e desorganizando que aparentemente estava organizado (LOURAU, 2014; L'ABBATE, 2004).

Esse silêncio, nesse encontro específico, com os olhares e todo comportamento não verbal é diferente de outro silenciar que já estava institucionalizado, em que uma pessoa (a médica ou a enfermeira) determina as condições e como se dará a comunicação. Assim, esse rompimento é importante e pode contribuir para desconstrução e reconstrução de um novo modo de trabalhar.

Quando Lourau (2014) refere que o analisador força a instituição a falar, compreendo que essa fala não necessariamente acontece por meio verbal, mas também, por posturas, comportamentos, expressões, que também falam.

Quanto maior a visão naturalizada acerca da relação saber-poder nos serviços de saúde, menores são as possibilidades de modificá-las. Essa relação de poder-saber entre os profissionais da equipe não deve ser concebida de modo natural e independente da prática e da re-elaboração e transformação do que já está estabelecido como natural/normal/comum no serviço (VILA; ARANHA; SILVA; FLÔR, 2015).

A EPS também é uma possibilidade de refletir acerca das práticas e modos de relação que são dados como naturais. À medida que se constrói a EPS baseada em autoanálise/autorreflexão com participação ativa de todos os trabalhadores, também há maior oportunidade de exercer cogestão, gestão participativa e processos decisórios baseados no coletivo.

Conforme a EPS vai caminhando e permitindo uma participação e gestão mais horizontalizada, é possível que haja entre as equipes uma revisão das relações de trabalho e da relação entre saber-poder, já que assim como o saber começa a ser partilhado, o poder também. Com o processo de EPS, os profissionais começam a identificar um novo meio de

aprendizagem que se dá de modo horizontal, com valorização das práticas, tendo o sujeito como próprio autor da construção do conhecimento.

O desenvolvimento da EPS na Atenção Básica, ou em outros serviços, é atravessada por esses desafios. Nesse contexto, a dificuldade de implementar uma proposta de EPS voltada para a saúde mental, não está somente relacionada à não identificação com o tema, com o medo, preconceito e conhecimento, mas também, com o próprio modo de se relacionar na equipe, com o modo de coordenar, a não gestão compartilhada, pouca autorreflexão, dentre outros aspectos que foram vistos e revistos ao longo do processo.

A autoanálise/autorreflexão no trabalho em equipe é o primeiro passo para a identificação de limites ou barreiras que impedem a evolução do cuidado, da formação permanente, da construção coletiva e atividades do cotidiano.

Quando eu estava de férias, eu vim no serviço fazer alguma coisa, elas correram de medo. [...] Eu me olhando agora e pensando quando eu vim para cá, eu melhorei bastante né, meninas? (todos riem); eu era muito general.
T11

O trabalho passa a ser direcionado pelo medo e controle, o que pode resultar em solidão e sofrimento, além de dificultar a fala no grupo ou a exposição e partilha de dificuldades do cotidiano do trabalho. Aparentemente, esse tipo de gestão de serviço pode influenciar que interpretemos como organização, porém, a proximidade com o cotidiano, nos permite observar que a finalidade primeira pode ser o controle e a submissão.

A disciplina fabrica corpos submissos e dóceis, diminuindo suas forças participativas e aumentando a obediência, por meio da qual a dominação de um (ou mais) sobre o restante só tende a aumentar (FOUCAULT, 2008).

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade de submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares. É assim que no exército aparecem sistemas de graus que vão, sem interrupção, do general chefe até o ínfimo soldado, como também os sistemas de inspeção, revistas, paradas, desfiles, etc., que permitem que cada indivíduo seja observado permanentemente (FOUCAULT, 2010, p. 106).

A própria trabalhadora identifica que houve um processo de autoanálise que a permitiu exercer um trabalho mais participativo e menos autoritário. No entanto, esse serviço ainda é

direcionado por uma coordenação baseada na disciplina, na obrigação, nas relações verticais de poder e na pouca cogestão que começam a ser percebidas a partir dos dispositivos construídos na EPS.

Ela falou pra gente fazer. **T2**

A médica pega o material e começa a fazer sozinha sem solicitar ajuda das demais profissionais, apenas da enfermeira. Começam a fazer o desenho de forma rápida com a intenção aparente de encerrar logo o grupo/discussão. O desenho estava distante da discussão que já estávamos fazendo, resultado de uma ausência delas no encontro anterior e a não inclusão das demais (que estavam presentes em todas as discussões). **Diário do pesquisador (agosto/2016)**

O conhecimento específico dos médicos e, nesse caso, também da enfermeira, tradicionalmente é carregado de legitimidade para exercer o controle, determinar tarefas e decidir quando ou não assumir alguma atividade do trabalho. Assim, essa relação poder-saber se torna um círculo vicioso em que um é consequência e causa do outro, ou seja, “o poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder” (FOUCAULT, 2010, p. 80), até que haja meios de resistência por meio de novas atitudes e posicionamentos.

A EPS, por meio de uma formação participativa, por meio das quais todos são gestores e responsáveis pela construção do conhecimento, pode ser uma estratégia de resistência frente às relações de poder verticalizadas. Entendemos que conforme os trabalhadores integrantes do grupo conseguem desenvolver a fala nos espaços de EPS, essa fala também pode vir carregada de empoderamento e, conseqüentemente, a fala e a participação ativa desenvolvidas na formação podem se estender para todos os espaços do cotidiano de trabalho.

Ela tem que falar, ela é chefe. **T2**

Eu acho que tinha que ser mais conciso. A gente fica muito tempo num mesmo assunto. **T3**

[em resposta à médica] Não, para mim não, porque tinha coisas que eu não tinha visto no último encontro. **T14**

[em resposta à médica] Foi bom para lembrar também tem muita coisa que eu não sabia e muita coisa que eu nem lembrava o que eu pensava diferente. **T13**

[em resposta à médica] Para mim não foi repetitivo, pois só os termos que eu achei que não estavam claros, [...] mas aí ela esclareceu. **T15**

Antes de iniciarmos o encontro, estavam na sala somente as ACS e eu. Alguns minutos antes de começarmos, uma das agentes decidiu ir ao banheiro, quando ela retornou à sala, a enfermeira estava sentada na sua cadeira. Nos deparamos novamente com uma cena de disputa pelo melhor lugar. Porém, ao entrar na sala a agente informou que estava sentada naquela lugar e que, inclusive, seu caderno e bolsa estavam ali, que ela havia saído apenas para ir ao banheiro. A enfermeira responde com gargalhadas que agora aquele era o lugar dela. Alguns riem, outros permanecem prestando atenção na cena. A agente então responde de modo educado e também com a fala permeada de risos, que não sentaria em outro lugar. Todos se entreolharam, com sorrisos tímidos, inclusive o da enfermeira, que depois de alguns segundos, se levantou, sentou em outra cadeira, dizendo que só saiu porque estava boazinha naquele dia. **Diário do Pesquisador (novembro/2017)**

Essas situações descritas podem inicialmente aparentar afrontas por uma disputa de poder, como uma resposta à coordenação autoritária, mas também podem vislumbrar avanços de rompimentos com padrões de gestão. Algumas atitudes podem refletir maior segurança, confiança e firmeza ao se posicionar frente a algumas situações (VILA; ARANHA; SILVA; FLÔR, 2015), inclusive permitindo que esse novo agir no trabalho seja analisador de um modo de funcionamento autoritário, transformando as relações para mais horizontalizadas, podendo inclusive falar sobre isso, ver, entender e ter o espaço de reflexão sobre as relações de poder e de como eles se veem enquanto equipe.

Há um contexto macropolítico que precisamos considerar ao propor transformação de práticas e formação crítica e reflexiva, mas também é preciso repensar os movimentos no plano da micropolítica, ou seja, pelas disputas de poder, conflitos e intencionalidades (MERHY, 2007), como as possibilidades de rever as relações de poder e a potência de forças instituintes.

A identidade profissional, assim como os postos de poder são produções institucionais. Parece ser impossível refletir sobre a prática sem considerá-la inserida em um contexto institucional que lhe dá sentido (MONCEAU, 2008).

Os profissionais passam a perceber que novas formas de atuação individual e coletiva podem estabelecer um novo trabalho, um outro modo de relacionar, menos hierárquico (VILA; ARANHA; SILVA; FLÔR, 2015), permitindo um trabalho diferente com outros possibilidades de partilha de conhecimento e de poder.

As dramatizações propiciaram que o aprendizado acontecesse a partir da problematização do cotidiano de práticas e, associada à leitura, permitiram que a equipe começasse um processo de autoanálise e autogestão do trabalho.

Esse dispositivo criado também se tornou analisador do trabalho, do modo de funcionamento e, retomando o apontamento anterior, a dramatização também revela por ela mesma que o trabalho de ambas as equipes estavam centralizadas no medicamento e nas decisões da enfermeira e médica.

A paciente falou para ela que foi agredida, machucou o rosto, que tinha alguns medicamentos que faltavam, que ela não está trabalhando por medo de perder o benefício. [...] Aí tem uma dimensão biológica, uma dimensão social, que é da agressão, uma situação econômica de trabalho, uma situação de direito, que é quem foi o agressor, porque esse agressor agiu dessa forma e o que foi feito; tem uma questão de direito que é que benefício de ela receber [...] Quando voltou para enfermeiro só veio a lógica e a dimensão do medicamento: as outras dimensões se perderam [...] aí foi um telefone sem fio e uma coisa que me chamou atenção e eu queria entender isso, aqui existe uma hierarquia para as informações? **Profissional da Rede convidada-1**

Normalmente, a gente fala com a enfermeira que fala com a médica; não tem muita reunião de equipe. **T8**

A gente viu que não discutia caso em equipe, chegava o caso na enfermeira, da enfermeira direto para a médica (peço para ele explicar para as meninas que não estavam); é que nós fizemos um teatrinho de um caso, abordando um caso de uma maneira que ele fosse tratado aqui, pegamos um caso semelhante de uma paciente da minha área. Aí quando a gente fez o teatro, a gente percebeu que não fazíamos o trabalho em equipe, de discutir o caso; o caso chegava na enfermeira e, da enfermeira pra médica e, às vezes, quando chegava na médica, o caso era outro, então a gente não fazia aquele estudo do caso mesmo. Foi legal porque a gente viu que estava automático o que a gente fazia, não discutia o caso. **T16**

Precisa a equipe discutir as condutas para a gente tentar melhorar e a gente avaliar como é que nós estamos fazendo; por exemplo, um teatrinho desse que a gente fez, só depois que a gente apresentou e discutiu que a gente percebeu quase não discute caso, fica nessa mesma rotina de sempre. [...] Não tem muito tempo [...]. Quando dá, a gente sempre senta e discute com todos, mas faz tempo que não senta a equipe toda. **T6**

[...] Observei que para chegar na receita da paciente demorou bastante, passou de um para outro. Não depende só da equipe; às vezes, não tem o remédio na Policlínica. **T20** (nesse momento como observadora da dramatização).

Porque o médico tem uma força. **T9**

(o que seria uma força? Eu pergunto) Um poder. **T13**

A gente procura a médica só para resolver mesmo; não chama pra discutir a equipe toda, porque ela (médica) nunca tem tempo. **T17**

A gente decide as coisas na reunião, mas chega na hora não faz [...] aí cada um faz o seu. **T9**

O objetivo de usar a dramatização no processo de restituição era exatamente fazer a devolutiva à equipe de que uma das dificuldades era para ampliar o olhar para a saúde/saúde mental que estava vinculada ao modo de funcionamento, ou seja, se há uma limitação da equipe em compreender as importâncias dos processos decisórios no coletivo, a autonomia dos sujeitos no trabalho, a ampliação do olhar para saúde, a partir de uma clínica ampliada e, conseqüentemente, a valorização de outros instrumentos de trabalho, o cuidado será prejudicado em todo âmbito de atenção e a saúde mental ainda continuará sendo incluída como parte alheia ao cuidado, como não responsabilidade de um serviço de Atenção Básica.

Se o olhar permanece limitado para sinais e sintomas localizados em uma doença, o cuidado também será pautado em instrumentos para esse mesmo fim. Além disso, precisamos no questionar sobre as possibilidades de integrar o sujeito no tratamento como ator do processo, se no serviço ocorre à justaposição das ações e o agrupamento dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Desse modo, buscando despersonalizar os papéis no grupo, e pensando ser interessante a continuação dessa análise, propus à equipe a reflexão a partir da leitura e da discussão sobre tipos de equipe e gestão do trabalho, considerando o que é preconizado para Atenção Básica. Buscando, por meio da leitura, lidar de maneira ética com as questões conflituosas do trabalho.

Desse modo, o foco da problematização foi centrado no trabalho em equipe e gestão do trabalho, e não direcionada a um determinado profissional. Essa decisão de incluir a leitura para mediar o conflito/crise na equipe pode também ser uma pista (**décima terceira pista**) para outras experiências de EPS, independente do objetivo e temática da formação. Para tanto, usamos o artigo da Marina Peduzzi (2001) que apresenta um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe e os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe.

Peduzzi (2001) traz uma reflexão acerca de dois tipos de equipe: integração e agrupamento. No trabalho em “equipe integração”, há uma articulação das situações de trabalho pautado na proposta de integralidade das ações de saúde, em que as articulações do trabalho são correlações que colocam em evidência as conexões entre diversas intervenções executadas. Em contrapartida, a “equipe como agrupamento” é caracterizada pela fragmentação que, por sua vez, caracteriza-se pela justaposição de ações e agrupamento dos agentes/trabalhadores.

(Após leitura do texto) ter uma equipe que une a ação mas não soma para melhorar e só sobrepõe as ações, mas não melhora, porque não discute, não

planeja e tem outra equipe que vai somar. [...] que nem nosso teatrinho. Cada membro da equipe faz sua ação isolada, não tá discutindo para melhorar. **T6**

Eu entendi que a gente é uma equipe agrupamento; a equipe dos agentes de saúde traz os problemas pra unidade, aí junta a outra equipe que são as duas (médica e enfermeira). **T8**

A equipe integração seria a ideal, mas a gente ainda é agrupamento. **T16**

Deu uma tristeza né, perceber isso, mas foi bom também. **T19**

Só assim que a gente pode melhorar. **T7**

É por meio da prática comunicativa buscando consenso no coletivo do trabalho, que mutuamente os trabalhadores podem construir um projeto comum pertinente ao contexto, às singularidades e às necessidades de saúde dos usuários, além de olhar para o projeto técnico instituído (PEDUZZI, 2001), ou seja, rever, por meio da análise das instituições que atravessam o cotidiano, como esse modo de funcionamento do trabalho foi sendo instituído e naturalizado.

A ação comunicativa ocorre “sempre que as ações dos agentes envolvidos são coordenadas, não através de cálculos egocêntricos de sucesso, mas através de atos de alcançar o entendimento” (HABERMAS, 1984, p. 285). Desse modo, não se baseia no sucesso individual, mas buscando harmonizar seus planos sobre a base de um projeto comum (HABERMAS, 1984).

A formação por meio da EPS pode viabilizar não só a valorização da comunicação na equipe, mas também dos diferentes tipos de saberes, pois valoriza o conhecimento produzido na experiência do trabalho, o que chamamos de saber-fazer, e que não se configura por um aprendizado escolar, mas sim produzido nas/pelas experiências de trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

A EPS baseia-se em uma formação em que todos são autores e produtores do conhecimento, na medida em que ao se depararem com a realidade, esta os desafia e os faz produzir respostas problematizadas em equipe (EPS EM MOVIMENTO, 2014i).

Ao retomar a discussão anterior acerca de saber-poder e relacionar a um dos preceitos da EPS, de valorização dos diversos saberes, é possível apontar que à medida que não há valorização de um saber acadêmico em detrimento de outro saber empírico, teremos menor probabilidade de haver opressão de uma categoria de trabalho sobre outra.

Quanto menos a desigualdade entre os diferentes trabalhos e respectivos agentes, maior integração na equipe, já que as ações são construídas e pensadas na interação livres de

coação e submissão, porém buscando consensos na finalidade do processo de trabalho e nos instrumentos a serem utilizados (PEDUZZI, 2001).

Falar sobre as experiências de trabalho vividas é uma maneira de dar visibilidade ao saber empírico, ou seja, valorizar o que as ACS vivenciam no trabalho, assim como suas percepções acerca do cotidiano propicia maior qualidade da problematização no processo de formação e diminui as tensões entre saber-poder no trabalho.

Não estamos dizendo que não deve haver o trabalho correspondente e de responsabilidade de cada categoria profissional, mas sim, atentar para que quanto maior ênfase é dada na “flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe-integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe-agrupamento” (PEDUZZI, 2001, p. 105).

Para finalizar essa questão no grupo durante o processo de formação em saúde mental pela EPS, acredito ser importante retomar a finalidade do trabalho, a finalidade da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial, questionando ao grupo o que eles pensavam sobre isso.

Eu estava pensando aqui, eu muitas vezes só monitoro o paciente, não tinha parado para pensar que quando vou na casa deles, já estou mecanizada na visita. **T8**

A gente ainda não consegue sentar em equipe, integrar. Porque a Atenção Básica, isso né, o trabalho em equipe, integrado e voltado para a comunidade. **T6**

A gente tinha discutido aquele dia que a finalidade da saúde mental é inserir a pessoa socialmente, né? Mas a gente ainda não faz isso, acaba que a gente encaminha, mas pra passar o problema pra frente, do que pensando em inserir. **T16**

A finalidade da Atenção Básica é promoção da saúde e prevenção [...] a gente tem trabalho assim, mas não como essa equipe integrada que a gente leu. **T13**

A PNAB (não considerando seus retrocessos) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, buscando produzir cuidado pautado na integralidade dos sujeitos (BRASIL, 2012b).

Para tanto, entendo que realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto planejamento e avaliações das ações, a partir do contexto, participar de espaços de EPS e desenvolver um trabalho interdisciplinar, integrando as áreas técnicas e profissionais, enquanto atribuições comuns a todos (BRASIL, 2012b), pode favorecer a integração das

ações e dos agentes e, conseqüentemente, aproximar-se de um cuidado integral ao sujeito.

Na medida em que não há viabilização de espaços de discussão e problematização do processo de trabalho, a tendência é fazer sem saber o porquê/finalidade, naturalizando o ato do cotidiano, como a visita domiciliar ou o encaminhamento, por exemplo, ou direcionar meu trabalho para uma finalidade direcionada ao modelo biomédico limitado à cura de determinada doença. Nesse sentido, se o trabalho na Atenção Básica é embasado na cura de doenças, haverá poucos instrumentos importantes, além do medicamento e, por conseguinte, a médica e a enfermeira (quem prescreve o medicamento ou tem conhecimento específico dessa especificidade) será a figura com maior poder no serviço.

A Política de Saúde Mental brasileira, a partir de um movimento social de luta antimanicomial, aponta caminhos para um cuidado substitutivo em saúde mental, com novas tecnologias o cuidado na Atenção Psicossocial, assumindo a importância da interdisciplinaridade. Esse olhar para o sujeito em seu contexto não significa negar a doença, mas sim voltar o olhar para além de sinais e sintomas de uma clínica tradicional, descentralizando o tratamento na doença e no medicamento (ONOCKO-CAMPOS, 2001; BRASIL, 2004a).

A Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a). Para tanto, exige um envolvimento de outros setores e componentes, como a ESF, por exemplo.

A criação da RAPS em 2011 amplia as possibilidades de cuidado em saúde mental, incluindo efetivamente a ESF (BRASIL, 2011). A RAPS agrega outros componentes, atribuindo responsabilidades e reforçando o princípio de articulação dos serviços e ações (ZANARDO; LEITE; CADORNA, 2017), buscando garantir um cuidado em saúde mental comunitário, com ferramentas que confluem no trabalho em rede e no território, considerando que a continuidade dos cuidados é a forma operativa da atenção comunitária (DESVIAT, 2018).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção

Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais freqüentes de saúde mental (BRASIL, 2005, p. 35).

Retomar a discussão desses conceitos, assim como alguns princípios da PNAB (2012) e de saúde mental, propiciou que o grupo revisitasse suas concepções acerca do objeto instrumento e finalidade do trabalho, tendo, nesse movimento da EPS, a possibilidade de rever e transformar as práticas.

Nessa perspectiva, pudemos rediscutir a instituição a partir do seu momento fundador. O nascimento dessas políticas tem uma profecia inicial, uma comunhão fundadora no movimento instituinte, porém, o instituído, ao contrário, falsifica esse espírito fundador e, conseqüentemente, se esquece do porquê daquele determinado trabalho (HESS, 2007).

Esse é o princípio que chamamos de princípio da falsificação (HESS, 2007), em que a instituição tende a negar a sua profecia inicial, ou seja, nega os objetivos pensados e planejados anteriormente e passa a seguir seus objetivos próprios. Nesse contexto, a equipe passa a naturalizar algumas ações no trabalho ou voltar-se para um cuidado pautado na clínica tradicional/biomédica/psiquiátrica, com pressupostos e finalidades contrárias à PNAB e ao modelo de Atenção Psicossocial/Política de Saúde Mental.

Qualquer profecia ou invenção que entra em processo de institucionalização, perdendo a radicalidade inicial do movimento instituinte, também perde seu sentido e tende a negar a profecia inicial, os princípios básicos pensados enquanto ainda movimento instituinte (HESS, 2007).

Portanto, resgatar alguns conceitos iniciais das políticas ajudou a equipe a repensar o trabalho. Apesar da minha sobreimplicação inicial com a saúde mental e, portanto, a intenção de efetivação do cuidado em saúde mental, o movimento de fazer EPS para formação em saúde mental na AB guiada pelos princípios da socioclínica favoreceu a compreensão de que esta pesquisa não tem a intenção de transformação radical das práticas, mas ao mesmo tempo, entendemos que os pequenos movimentos de reflexão do trabalho e do olhar para si propiciaram pequenas transformações. Até mesmo pelo fato de que a partir da minha entrada em campo, a existência de um membro estranho no grupo já provoca mudanças no modo de funcionamento do trabalho.

CAPÍTULO X:

A EPS COMO FORÇA INSTITUINTE NO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA EM SAÚDE/SAÚDE MENTAL

“Eu precisava de ficar pregado nas coisas vegetalmente e achar o que não procurava”

Manoel de Barros

Não por acaso, deixo este capítulo para finalizar este trabalho, pois entendo que as transformações no trabalho em saúde/saúde mental, mesmo que ainda incipientes, só foram possíveis porque foram acompanhadas de outros princípios da socioclínica, como a análise da encomenda e demanda, a análise de implicação, a consideração da participação dos sujeitos, o trabalho dos analisadores, a aplicação da restituição e a atenção ao contexto e interferências institucionais. Desse modo, as transformações que apresentaremos a seguir são efeitos, mas também materiais do trabalho socioclínico (MONCEAU, 2013).

Assim como os profissionais, eu também pude aprender com a equipe e, sobretudo, no desafio de ser facilitadora de EPS em um contexto complexo, que envolve diversas instituições, pouco investimento e precarização do trabalho. Foi um exercício cotidiano para que o trabalho e aprendizado fossem feitos no coletivo e de modo horizontal, por isso, os outros princípios já apontados no decorrer deste estudo foram tão importantes para que o movimento de EPS provocasse algumas transformações, pautadas na autoanálise do trabalho.

Talvez essas transformações que serão apresentadas a seguir não sejam ainda tão perceptíveis para os profissionais do serviço, mas para mim, enquanto pesquisadora e facilitadora, as transformações foram além de aspectos teóricos. O referencial teórico-metodológico utilizado também trouxe afinamento do olhar para mim a partir das instituições que me atravessam, a partir do meu lugar de fala. E mesmo não utilizando a análise de implicação como ferramenta também para os profissionais, o processo de EPS para formação em saúde mental guiado pelos princípios da socioclínica também provocou na equipe o olhar para si.

[...] a gente está fazendo, aprendendo e se conscientizando de como a gente faz. Acho que a palavra é essa conscientização, conscientização da gente e do trabalho, [...] e o que a gente deve fazer, a gente está se olhando, pode ser conturbado, bagunçado às vezes, é porque pode parecer que a gente não está aprendendo nada, que a gente sai e entra, chega atrasado, mas a gente está aprendendo muito. T19

Aquele dia (restituição) serviu para jogar tudo para fora, lavar roupa suja,

falar das fraquezas ansiedades falta de estímulo, foi tudo aquele dia [...] a gente conseguiu falar coisas que estavam engasgadas. [...] me senti lá embaixo depois da dramatização, depois de perceber algumas coisas, mas foi bom, com isso a equipe se reergueu. **T6**

Na verdade, era a realidade que a gente estava vivendo, mas a gente não tinha se dado conta. **T16**

Aquela restituição mexeu com todo mundo. **T15**

Estimulou muita reflexão [...] refleti muito sobre o meu trabalho, sobre o que eu tenho feito. **T14**

A devolução ao grupo do que vem acontecendo na EPS, ou seja, a restituição, é complexo e também demanda sensibilidade do facilitador. Olhar para si é um movimento por vezes dolorido, porém também necessário. Desse modo, a restituição – ao pautar-se na devolutiva e provocando desterritorializações, se sustentada na sensibilidade da fala, na empatia do grupo e do facilitador – pode provocar importantes efeitos de olhar para si, perceber atos e ações indesejáveis, mas encontrar potências para seguir e transformar a prática e cotidiano.

O momento da restituição também é complexo pelo fato de o grupo muitas vezes esperar soluções aos problemas. O trabalho do facilitador, neste estudo facilitador-pesquisador, é o de promover e facilitar análises coletivas, com respostas e novos questionamentos formulados no grupo. Portanto, é desejável que o facilitar esquive-se do lugar de especialista e de quem tem e pode “dar respostas” (FORTUNA et. al, 2014).

Assim como Figueiredo e outros autores (2015), entendemos que um dos principais resultados desta pesquisa foi propiciar espaços coletivos potentes para pensar o processo de trabalho, o cuidado e a prática profissional.

Assinalo que esse olhar para o trabalho e as transformações resultantes desse processo está vinculado também ao tipo de pesquisa que, neste estudo, tratamos de uma pesquisa-intervenção. Assim, vivenciar a EPS para a formação em saúde mental guiada por princípios da socioclínica permite produzir conhecimentos, mas também explorar dinâmicas sociais, em que a “perturbação” da prática, comum nesse tipo de pesquisa, é o que faz a transformação e compreensão progredirem (MONCEAU, 2005).

Então, é no encontro que acontece a mútua capacidade de afetar e ser afetado, de participar – com o outro e consigo – o caminhar, o cotidiano. O olhar para si avança quando também nos reconhecemos no outro em um processo de produção (EPS EM MOVIMENTO,

2014e).

Fazer a restituição por meio da dramatização, em que eles puderam se vir em cena, potencializou o movimento de autoanálise. Essa é a aposta da EPS: propiciar aprendizados a partir da reflexão do processo de trabalho, a partir do seu próprio lugar.

Quando um dos profissionais refere “conscientização da gente e do trabalho”, não se trata da consciência enquanto função psíquica, como estado de lucidez e vigilância que favorece ou não a integração do indivíduo com meio, a depender de suas alterações quantitativas (hipervigília, sonolência e coma, por exemplo) ou qualitativas (despersonalização e desrealização, por exemplo) (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997), mas autoconscientização enquanto exercício e ato de se olhar, de estar ciente sobre algo, de ter conhecimento.

É mais do que a consciência do “eu” enquanto subjetividade, identidade e função psíquica (ALVARENGA; ZANETTI; DELL SANT, 2008; DALGALARRONDO, 2008), é perceber e refletir sobre suas práticas buscando transformação de si mesmo e do seu contexto.

Paulo Freire (2005) aponta que a conscientização também está relacionada com o nosso compromisso com o mundo e que não há um “eu” que se constitua sem um “não eu”, ou seja, esse movimento de conscientização do que desenvolvemos no cotidiano também está vinculado ao contato com o outro e com o processo de formação em serviço pela EPS.

Ao tomar consciência de alguns aspectos que nem sempre são agradáveis ao ideal que construímos de nós mesmos, a potência de agir pode diminuir, portanto, a restituição e a postura do facilitador e do grupo podem favorecer novos caminhos, direcionados a saberes construídos no grupo, afeto, desejo, cooperação e solidariedade (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). A retomada da potência de agir está no coletivo, no encontro, na formação em serviço pelo encontro.

Nessa onda que se dobra sobre nós mesmo, em um movimento de olhar para si, de deslocamento do que achamos ser certo ou errado, nos oferece também a possibilidade de mudar, de construir novas formas de trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). Desse modo, através da EPS e dos princípios da socioclínica, podemos provocar desterritorialização em nós e nos outros, mas também, por ela mesma, podemos encontrar possibilidades e suporte para criar e recriar.

O efeito “pororoca” ao nos deslocar, pode nos levar para um lugar sem muita mobilidade, ainda mais duro do que o que estávamos antes (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). Assim, entendo que, nesta pesquisa, usar os princípios da socioclínica, como a análise de implicação, a atenção ao contexto e interferências institucionais, por exemplo, foi mais uma

pista para que pudéssemos vivenciar esse processo de um modo que não rompêssemos com o vínculo já construído e com o processo de autoanálise.

Esses deslocamentos também podem provocar “desaprendizagens” no sentido de rever o que vem produzindo, a naturalização das práticas, como uma estratégia de desapegar-se de suas próprias verdades e abrir-se para novas, porém, não absolutas (EPS EM MOVIMENTO, 2014e).

Algumas coisas eu não entendia, até tinha ouvido falar, teve na capacitação, mas não entendia. [...] Olhar o paciente como um todo. [...] mesmo o que não é do CAPS. **T14**

Olhar ao redor do paciente, estar atento a tudo. **T2**

É o psicológico e social dela, o indivíduo como um todo, ao redor, a família, comunidade, [...] não só olhar ele psicologicamente, mas social. **T1**

Eu pedi uma muda de planta para o paciente (com diagnóstico de esquizofrenia paranóide), aí ele disse: ‘tá, vou pegar a enxada para pegar a muda’. Aí eu disse: ‘não, deixa, outro dia eu pego’. Eu pensei: ‘vai pegar a enxada e me matar, né?’ [...] Depois que eu saí de lá fiquei pensando: ‘como fui preconceituosa, [...] a gente tinha discutido aqui sobre o pente, né?’ Aí eu voltei lá e peguei a muda com ele. **T20**

Igual está no texto, né? O profissional que está fazendo ações de redução de danos tem que evitar julgamentos. [...] falar drogado relaciona com marginalidade; a gente está lidando com pessoas, né? Não é legal, apesar de eu já ter falado assim. **T13**

Você pode utilizar tipo assim. Falar para mulher que usa droga e vai explicando o que pode acontecer com uma mulher que usa droga dentro da orientação geral, efeitos da droga e não ficar falando para ela parar de usar, mas falar dos efeitos. [...] eu achei muito proveitoso discutir e conhecer esse jeito de aborda na redução de danos. **T17**

Por exemplo, se o paciente está alucinando, que é ver coisas ou ouvir, eu não vou falar pra ele que é mentira e nem vou falar que estou vendo também. Vou dizer que acredito nele. **T16**

Entender que eles estão em sofrimento diariamente. Antes eu não tinha esse conhecimento, eu aprendi muito aqui. **T12**

Durante a discussão de casos, fiquei boa parte em silêncio: apenas apontava algumas questões e elas que decidiam os encaminhamentos, até uma das profissionais que sempre fica mais silêncio, tem falado mais. Quanto mais discutimos casos reais e dificuldades reais, mais eles participam. **Diário do pesquisador (novembro/2016)**

Tradicionalmente, o cuidado em saúde mental sempre teve como finalidade a cura em que o trabalho era direcionado para a doença e, portanto, o medicamento o principal

instrumento de trabalho, pautando-se no isolamento social da pessoa em sofrimento mental (AMARANTE; TORRE, 2001; AMARANTE, 2007). Dessa forma, transformar o cuidado e o olhar para a saúde mental não se configura em um processo simples, unidirecional, positivista ou superficial. Para transformar o cuidado, entendemos que primeiro é preciso que as discussões e as reflexões acerca dessa temática façam sentido para os profissionais e para a comunidade de modo geral, ou seja, a formação precisa fazer sentido, e estar em serviço, discutindo e aprendendo pelo trabalho e para o trabalho o que pode favorecer que a equipe encontre sentido no aprendizado.

Para tanto, durante todo o processo de formação em saúde mental em serviço por meio da EPS, problematizamos as situações vivenciadas, assim como os conceitos, termos e nomenclaturas utilizadas, ou seja, por que louco? Por que doente mental? Por que sofrimento mental?

Esse modo de trabalho está ancorado na aprendizagem significativa e contextualizado, que contribui para o desenvolvimento de capacidades e competências individuais e coletivas, para o trabalho e para a vida. Ou seja, não é uma relação de ensinar e aprender, mas sim uma formação mediada pelo contexto e pelo coletivo, de caráter dinâmico, direcionada para o aprofundamento e ampliação de significados, mediante a participação e reflexão de todos por meio do processo de trabalho (FREIRE, 1996; BRASIL, 2015).

Então, a contextualização de o porquê de usarmos o termo sofrimento mental/psíquico como mais coerente com o modelo de atenção psicossocial e não mais louco, trazendo os sentidos de loucura como preconceitos, medos e estigmas, fez com que a equipe fosse se envolvendo e identificando sentido no aprendizado na EPS.

Ao pautarmos o nosso trabalho no modelo de atenção psicossocial, também direcionamos nosso olhar para os sujeitos a partir da finalidade de construção de autonomia e reinserção social, finalidade esta que só é possível de ser alcançada caso direcionemos nosso trabalho para a pessoa/sujeito que sofre ao vivenciar o transtorno mental, assim como, demais alterações psicoemocionais. Assim, ao considerar o sofrimento, consideramos ampliar as ações de cuidado para outros âmbitos da vida do sujeito, incluindo ele e sua família no processo de tratamento, uma vez que esse sofrimento também afeta o contexto familiar.

Amarante e Torre (2001) apontam que construir novas relações com a loucura pode também desmontar práticas psiquiátricas já instituídas no cotidiano, ou seja, é preciso colocar a doença entre parênteses, para que consigamos ver os problemas concretos do cotidiano dos sujeitos, ampliando o olhar para saúde mental e integralidade (AMARANTE, 2007). Isso não quer dizer que estamos negando um diagnóstico médico/doença/transtorno mental, porém

construindo um olhar não mais exclusivo para doença e medicação, não mais pautado na clínica tradicional da cura (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Quando a profissional compartilha com o grupo seu medo e preconceito e, em seguida é refletido por ela mesma por meio de ressonâncias de uma discussão feita durante os encontros da EPS em saúde mental, entendemos que houve uma transformação, que a formação teve sentido pra ela e repercutir na autoanálise sua prática e revisão/mudança de comportamento.

O exemplo sobre o “pente” que ela aponta na em sua fala acima, foi discutido na EPS em saúde mental a partir de Amarante (2007), ocasião em que o autor traz uma reflexão sobre os efeitos que esse objeto pode ter conforme você o olha, a depender dos óculos utilizados, ou seja, do modelo de atenção em que o trabalho é pautado. Assim, nesse contexto, ele traz o pente como exemplo, em que o pedido de um pente por uma pessoa em sofrimento mental, visto a partir do lugar do modelo de Atenção Psicossocial é simplesmente uma necessidade básica de autocuidado, porém, se pautado no modelo psiquiátrico, esse pente pode ser visto pelo trabalhador como uma possível arma. Do mesmo modo, a enxada no contexto referido por ela, a fez repensar seu modo de olhar para a enxada, para o sujeito e, conseqüentemente, para seu trabalho.

Desse modo, como meio de problematizarmos as diferenças entre os dois modelos de atenção (psicossocial e psiquiátrico) no processo de EPS, propusemos ao grupo uma discussão acerca objeto, instrumento e finalidade a partir de Mendes-Gonçalves (1992).

A gente fazia nosso trabalho e não pensava no objeto, instrumento e finalidade; eu nunca tinha parado para pensar nisso, refletir, há um ano fazendo meu trabalho e eu nem sabia o que eu estava fazendo [...] não tinha noção para que eu ia na visita. **T13**

Eu achei muito interessante isso e pensar o que faço considerando objeto, instrumento e finalidade. **T6**

Eu vou para a visita e muitas vezes nem tinha parado para pensar a finalidade. [...] agora eu fico pensando no caminho para casa do paciente. **T8**

A discussão foi gostosa hoje, vi meu trabalho de outro jeito. **T17**

O objeto é a quem ou ao que o trabalho será direcionado e, para tanto, será necessário a utilização de instrumentos materiais ou não materiais para alcançar uma determinada finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Compreendo que perceber esses aspectos do processo de trabalho também é uma pista (**décima quarta pista**) para que consigamos avançar na transformação de práticas, a partir da autoanálise. O movimento de desterritorialização mobilizado pela EPS também está relacionado à consciência acerca do trabalho, das minhas implicações institucionais (EPS EM MOVIMENTO, 2014e), isso é, se pretendemos avançar acerca de discussões sobre o que temos produzido de eficaz e de potência no cuidado, a reflexão sobre a clínica, sobre o processo de trabalho é importante (ONOCKO-CAMPOS, 2001) e pode apontar caminhos para mudanças, que não pela imposição do conhecimento ou determinações de práticas.

Apesar de neste estudo não termos trabalhado a análise de implicação dos profissionais, entendo que utilizar essa ferramenta para formação em saúde mental pela EPS também pode ser um caminho, uma vez que a reflexão e o aprendizado construídos a partir da análise de implicação apontará as nossas relações/o modo como nos relacionamos com as instituições e quais as repercussões no cotidiano de trabalho. Melo (2017) aponta em sua tese que análise de implicações profissional no desenvolvimento da EPS foi capaz de gerar movimentos, reflexões, análises e, conseqüentemente, desterritorializações.

Diversas instituições atravessam o cuidado em saúde mental provando sobreimplicação, como as instituições religião e jurídica enquanto punição, por exemplo, principalmente nos aspectos que tangem à RD, em que os julgamentos dos trabalhadores acerca dos comportamentos dos usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) muitas vezes eram pautados em aspectos religiosos e conservadores, mesmo eles reconhecendo que o uso de SPA é um problema de saúde.

A RD é um conjunto de princípios e ações utilizados internacionalmente para abordar problemas relacionados ao uso de SPA, pressupondo a não obrigatoriedade para extinção do uso, mas sim a formulação de práticas e intervenções direcionadas a esse grupo de usuários e aos seus contextos, com o objetivo de diminuir os danos causados pelo uso da SPA (BRASIL, 2005). Portanto, são políticas, programas e práticas que primeiramente visam a “reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo” (PELLEGRINO, 2015, p. 01).

Os estudos têm apontado que políticas repressivas vêm causando mais consequências negativas do que o uso de SPA. Desse modo, a RD direciona o cuidado para as pessoas, suas famílias e comunidade baseado no compromisso com a saúde pública e direitos humanos, pois considera que há pessoas que não querem ou não conseguem/podem abandonar o uso (PELLEGRINO, 2015; BRASIL, 2005; TELES; CORREA; SCATTOLIN, 2016).

Desse modo, a EPS guiada pelos princípios da socioclínica pode provocar

“desaprenderes” e desterritorializações, reflexões. Reforçamos que não estamos aqui apontando a socioclínica como a única opção para facilitação de EPS ou “salvação” para não rompimento e enrijecimento do grupo, mas sim como possibilidade de enfrentamentos positivos e de um caminho que pode ser utilizado nesse processo.

Nesse contexto e nesse modo de aprender pelo coletivo, muitos profissionais foram apontando caminhos que ampliavam o olhar para a pessoa em sofrimento mental e/ou em uso de SPA.

É saúde mental também quando na visita, no acompanhamento, você ouve o paciente. **T16**

Todo momento você faz saúde mental, na consulta, na visita, na escuta. **T6**

Proporcionar melhor qualidade de vida pra gente e para o paciente também é saúde mental. [...] Não falo mais doença mental: falo sofrimento mental e o porquê de sofrimento mental; eu vejo o paciente de outra forma, não vejo mais ele como antigamente. [...] e sei que saúde mental engloba mais coisas, como a gestante que chora ou a senhorinha que fica vindo aqui todo dia pra dar atenção. [...] Se a gente vai contra a religião do paciente, essa pessoa não volta mais. **T8**

Olha tem chamado a atenção da gente [...] a gente está vendo os nossos pacientes com outros olhos. **T11**

Me ajudou a entender melhor minha área e o olhar mais para as pessoas. [...] gostei muito de discutir redução de danos. **T13**

Reduzir os danos na vida dele né. **T17**

A EPS, mesmo que ainda incipiente, pode, neste estudo, iniciar um movimento instituinte de mudança da dimensão teórico-conceitual, técnico-assistencial e sócio-cultural, componentes da Reforma Psiquiátrica, enquanto processo social complexo (AMARANTE, 2007). Entendo que essas mudanças fazem parte de um processo que também é lento e sempre inacabado. Portanto, não saio do serviço na perspectiva de que o coletivo esgotou o aprendizado, mas sim, de que iniciamos um movimento.

A dimensão teórico-conceitual está relacionada à construção de um novo saber direcionado ao cuidado em saúde mental, de modo que esse saber seja substitutivo ao modelo biomédico psiquiátrico, ampliando o olhar para o sujeito, para o contexto, pautado na finalidade de reinserção social, construção de autonomia e redução de danos, entendendo que saúde ou não saúde é resultado do contexto social e histórico dos sujeitos. Esse

direcionamento para repensar a formação também pode produzir ressonâncias no âmbito técnico-assistencial, ou seja, ao passo que aprendemos novos conceitos e novas e diferentes possibilidades de olhar o sujeito, a nossa prática e nosso modo de trabalho também vai se modificando, mesmo que lentamente, considerando as complexidades na relação de forças instituídas e instituintes.

A dimensão sociocultural aponta para um novo lugar social para a pessoa que vivencia um sofrimento mental, um novo olhar que não aquele pautado no medo, na periculosidade. Por conseguinte, a EPS para formação em saúde mental favoreceu o trabalho a partir dos estigmas que trazemos quando consideramos nossas relações com as instituições. Mesmo não pautando a discussão com os profissionais a partir da análise de implicação, direcionei a reflexão acerca do medo, do perigo e dos estigmas, considerando as instituições que nos atravessam, tentando produzir nesses espaços o olhar dos profissionais para as instituições que nos fazem construir esse olhar carregado de preconceito frente à pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, durante a EPS, quando apontei exemplos de olhar preconceituoso e estigmatizante diante do “louco”, propus ao grupo que também refletisse acerca do modo como ele pensa (se relaciona com) a instituição saúde, ou seja, desconstruindo o conceito de saúde como normalidade, assim como, o modo como a instituição cultura, educação e religião nos atravessam.

Discutimos em grupo as lendas culturais referentes ao “louco do saco”, por exemplo e, portanto, tratando que periculosidade também é uma construção sociocultural e histórica; a educação, enquanto formação básica, escolar, graduação, pós-graduação e em serviço, estruturando conceitos e práticas direcionados por muitos anos para o modelo manicomial; e a religião, enquanto instituição que direciona o olhar para os sujeitos a partir do seu envolvimento com a religiosidade ou não, trazendo termos como “encosto”, “espíritos ruins”, “bruxarias”, dentre outros atravessamentos que podem resultar em sobreimplicação.

Cabe enfatizar que não estamos direcionando a discussão para o distanciamento dessas instituições ou julgando-as, mas sim, provocando reflexões no sentido de que o modo como me relaciono com tais instituições poderá provocar um cuidado sobreimplicado, por mais que não tenhamos feito a análise de implicação dos profissionais participantes.

Conforme vamos reconhecendo que o trabalho em saúde não opera somente no corpo, a subjetividade no trabalho em saúde ganha destaque (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). Dentro do campo biopsicossocial, “a saúde mental se constitui ao tomar para si a relação dos sujeitos consigo mesmos (mente e corpo), bem como com a natureza e com o social, isto é, com os

outros e com as instituições humanas” (CAMPOS, 2016, p. 32).

Desse modo, entendo que à medida que as discussões começam a fazer sentido, elas passam a ser inseridas em suas falas por meio de termos coerentes com o modelo de atenção psicossocial. Há um significado para eles, e também um movimento instituinte no cotidiano, que precisa ser valorizado.

Transformar a prática em saúde mental, isso é, aspectos técnico-assistenciais, é um processo social complexo (AMARANTE, 2007) e inicia-se pelo modo de pensar a saúde mental a partir de como eu vejo o sujeito, de qual modelo (atenção psicossocial ou psiquiátrico) e de como me relaciono com as instituições, ou seja, é importante considerar que a formação também seja pautada no olhar para si, na autoanálise e autorreflexão. Isso determinará a quem/ao o que direcionaremos o cuidado, quais instrumentos vamos utilizar e com qual finalidade.

O cuidado em saúde mental carrega também valores éticos e políticos que envolvem também a participação do usuário/família nesse processo. Sendo assim, a prática não pode se restringir a soluções padronizadas a partir do diagnóstico e não da pessoa, mas sim pautado na integralidade, considerando aspectos psicossociais na Atenção Básica (CAMPOS, 2016; KINOSHITA, et. al, 2016), não só do sujeito com diagnóstico específico de saúde mental, mas de todos os usuários da atendidos naquele serviço.

Frente a isso, percebemos que os encontros de EPS favoreceram momentos de aprender a aprender, desconstruindo e reconstruindo novos saberes.

Com o decorrer dos encontros, eu fui entender a importância da educação permanente e eu consegui ajudar melhor os nossos pacientes e a fazer um trabalho melhor [...] o que você fez não foi dar aula, eu acho que foi conscientização [...] a gente se colocou no lugar das outras pessoas, até no lugar da pessoa que tem sofrimento mental, até para a gente sentir e ter as mesmas emoções, no teatro, né? [...] a gente aprendeu bastante. [...] Você colocava os problemas, os assuntos e deixava que a gente fosse desenrolando; todo mundo disse o que pensava o que achava. [...] A gente sentiu que também fazia, não era só você que fazia. **T19**

A partir do momento que a gente faz educação permanente, a gente dá continuidade, sempre vai buscando conhecimento não vai parar, [...] e vai vendo resultados naquele, naquilo que você vai estar trabalhando. **T8**

Eu coloquei um desenho de passarinhos voando e feliz não porque está terminando o nosso grupo, nossas reuniões, é porque eu creio que hoje a gente consegue se reunir organizar independente do assunto, se for saúde mental ou não. [...] eu me sinto livre e consigo ver novos horizontes através desse trabalho que trouxe o estímulo e trouxe uma nova visão e agora para

frente é melhorar e, como o nome é permanente, não depende só da enfermeira, depende de mim e dos outros. [...] ajudou na interação da equipe [...] a gente não reunia nem para fazer aniversário; agora a gente consegue interagir como equipe mesmo, reunir, sentar e conversar, nem que seja para brincar, até momento de descontração voltou, que a gente não tinha mais [...]. Porque até então não trazia esse pensamento da minha forma de trabalho, não me provocava, não me fazia pensar em uma nova forma de trabalhar. **T16**

A gente se sentiu como parte da pesquisa mesmo. [...] nunca tinha visto e nem ouvido falar em, como é o nome mesmo? Restituição. [...] A diferença é que nas outras pesquisas que já aconteceram por aqui nós fomos apenas uma fonte de dados. Nessa, a gente sente um trabalho dinâmico [...] parece que a gente foi construindo com você. **T6**.

Eu que não tive capacitação para entrar aqui, foi ótimo estar aqui, porque aprendi e também conheci mais meus colegas. **T5**

Provocar empatia também pode ser uma estratégia de aprendizado em serviço, ou seja, propiciar espaços em que a equipe tenha oportunidade de se colocar no lugar da outra pessoa, seja ela profissional ou usuário do serviço. Aprender como ele aprende, sentir como ele sente e, a partir desse exercício, construir novos saberes e experiências também é fazer EPS.

O desejo que nos impulsiona a tentar mudar o mundo ou pelo menos nosso contexto emerge no cotidiano de trabalho como elemento que impulsiona o cuidado, o agir em saúde, a produção no trabalho e é produzido e inventado nas relações (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). Desse modo, ao passo que a EPS estimula desejo no trabalhador, ela fortalece o seu potencial de formação em serviço pelo serviço.

A EPS é um espaço para desaprender formas de automatismo de práticas que prescrevem formas universais de se tratar e, conseqüentemente, de ser e estar na vida. Assim, vivenciar EPS requer parar para pensar, parar para olhar, parar para sentir (EPS EM MOVIMENTO, 2014e). É importante que o caminho do aprender seja reflexivo e “contemplativo”, isto é, o aprendizado acontece também pela análise, pela observação atenta, reflexões, reconhecimento, imaginação, admiração e criação, provocando sentidos e desejos no trabalhador por meio das experiências do cotidiano de práticas.

A dinâmica do trabalho vivo, enquanto trabalho em ato (MERHY, 2002), nos revela que o cotidiano é criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (EPS EM MOVIMENTO, 2014e; MERHY, 2002). Assim, não há uma padronização dos modos de cuidado, do modo de fazer, e tampouco do modo de aprender, mas temos pistas que podem auxiliar os movimentos e a condução/facilitação da EPS.

O posicionamento do pesquisador/facilitador de EPS diante do direcionamento do aprendizado pode propiciar a fala ou tolher, a depender do modo como é atravessado pelas instituições. Portanto, foi tão importante a mim, nesse processo, o referencial teórico e, nesse exemplo, a análise de implicação, como já apontei anteriormente. Nos momentos em que fui atravessada pela instituição ensino ou pela militância e especialidade em saúde mental, me posicionei de modo intransigente, ou mesmo que a minha postura fosse acolhedora, em alguns encontros concentrei a fala em mim, mesmo o grupo apontando depoimentos contrários a essa observação. Entendo que há uma relação estreita entre o posicionamento/postura do facilitador/pesquisador e a sobreimplicação – análise de implicação.

Assim, apontamos aqui, a última pista (**décima quinta**) acerca do processo de EPS, referente à percepção e atenção para postura do facilitador nesse movimento de aprender pelo trabalho e no trabalho, em que, por meio da análise de implicação como um caminho possível para identificar atravessamentos, pude rever meu modo de me posicionar no grupo, a partir do olhar para as instituições.

Entendo que para o grupo também era difícil apontar esses momentos de concentração da fala em mim, pelo fato de estarem habituados a capacitações, em que o facilitador expõe o conteúdo para os receptores (profissionais do serviço), de estarem inseridos em espaços que não há oportunidade de fala e coparticipação, inclusive nos processos decisórios e também, por meio do referencial teórico-metodológico, eu ter tentado (pois é um exercício e aprendizado contínuo) analisar minhas implicações e o modo como conduzia/facilitava a EPS e a pesquisa.

Ao usar a Socioclínica Institucional como referencial teórico-metodológico, busquei colocar meu saber a serviço de uma experimentação social ou mudança social (MONCEAU, 2005), um princípio condizente também o a EPS.

Portanto, as repercussões da EPS também estão relacionadas ao modo como é feita a facilitação do processo de aprendizagem. Assim, propiciar que os trabalhadores se sintam parte do processo de aprendizagem e da pesquisa foram resultados importantes deste estudo. Inclusive esse sentimento de pertencimento construído e estimulado foi ponto essencial para que eles referissem a possibilidade e o desejo de continuar o processo de EPS, mesmo com a finalização da pesquisa.

O trabalho socioclínico produz efeitos sobre os grupos, sobre as pessoas e, no desenrolar dessa pesquisa-intervenção, produzimos transformações de diversas amplitudes (MONCEAU, 2005; MONCEAU, 2013), como referentes ao olhar para si, às relações no trabalho e às transformação ainda em processo nos âmbitos teórico-conceitual, técnico-

assistencial e sociocultural. O processo de aprendizado pela EPS para formação em saúde mental se deu no processo, de modo singular, e sustentado no contexto e nas necessidades dos sujeitos.

Assim, desconstruir as práticas manicomiais instituídas e construir um novo lugar social para a pessoa em sofrimento mental implica em aprender pela prática e reinventar o cuidado a partir da reflexão do cotidiano.

A EPS dialoga com o mundo do trabalho e não se configura, portanto, como aquisição de um saber específico ou aprimoramento, mas sim na busca pelo trabalho como ato formativo, ou seja, a formação acontece pelo e no trabalho.

Na EPS, o mundo do trabalho exige que a gente pense, analise e reflita sobre as práticas, aprendendo com esse processo, aprendendo a olhar e identificar no trabalho, pedidos de novos conhecimentos, novos modos de agir, isso é, vendo o mundo como escola permanente, em que a EPS, os processos formativos e o cuidado são inseparáveis (MERHY, 2014).

Nesse sentido, a EPS não acontece porque existe uma política; ela acontece independente disso. A EPS em Movimento não consegue ser equacionada num curso; ela tem que ser um processo de facilitação de ativações em nós, no sentido de reconhecer essa prática como algo que acontece independente da política (MERHY, 2014).

Enfim, a produção de algumas mudanças no cotidiano do trabalho aconteceu como resultado da facilitação de processo de EPS guiados pelos princípios da socioclínica, mas também pelo desenvolvimento de um trabalho pautado na EPS em Movimento. Ambos – a Socioclínica e a EPS – consideram o trabalho como fonte e meio de transformações e, portanto, enquanto direcionadores convergentes para esse processo, fato que potencializou a EPS enquanto estratégia de formação em saúde mental na AB.

Assim, concluo, parafraseando o poeta Manoel de Barros, que não precisamos ir além do nosso lugar para aprender, só é preciso “ficar pregado nas coisas para que consigamos achar o que não procuramos”, o aprendizado pode ser assim, mais leve e a partir do que já trazemos conosco, porém desde que estejamos dispostos a aprender a aprender, “e a trasnver o mundo”.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“As coisas me ampliaram para menos.” Manoel de Barros

Esta tese foi construída a partir da análise da EPS para formação em saúde mental na AB, guiada pelos princípios da Socioclínica, por meio dos quais apontamos pistas para facilitação da EPS, considerando o contexto, o trabalho como lugar e fonte de aprendizado, a participação de todos os sujeitos envolvidos, autoanálise e autorreflexão do trabalho. Para tanto, abordei aspectos referentes: à entrada em campo; ao trabalho das implicações primárias e secundárias; à transformação da compreensão de EPS pelo ato de fazer EPS; aos dispositivos criados no percurso, assim como aos dispositivos que tornaram-se analisadores; e à EPS como força instituinte no processo de transformação da prática em saúde e em saúde mental.

Escolher a Socioclínica Institucional como referencial teórico metodológico para direcionar o processo de EPS favoreceu que o processo de aprendizado acontecesse pelo trabalho, fortalecendo a participação e inclusão de todos os profissionais no processo de aprender a aprender e aprender pelo trabalho vivo em ato.

Analisar a encomenda e demanda, considerando a demanda como movimento dinâmico, aplicar a restituição, estar atenta às interferências institucionais, assim como usar o trabalho dos analisadores, favoreceu que a equipe começasse a perceber e pensar sobre os modos instituídos no trabalho, como o tipo de gestão, a relação e trabalho em equipe como agrupamento, a naturalização de práticas, os poucos momentos de discussão e partilha em grupo, o modo de olhar para a pessoa em sofrimento mental, assim como concepção de saúde. Contribuiu ainda para: a criação de espaços de formação construídos a partir de capacitações com pouca valorização do contexto de trabalho; mecanizações e automatismos nos modos de fazer do cotidiano; a centralização da fala e de processos decisórios, dentre outros modos instituídos apresentados no decorrer do texto.

Entendo que a formação em serviço é inerente a esse olhar reflexivo para o trabalho, em que o aprendizado em serviço só fará sentido se houver o desejo e a identificação com o processo de formação e isso também dependerá do modo que acontece a facilitação de EPS. Portanto, compreendo que a Socioclínica Institucional foi para este trabalho um referencial para análise dos dados, para direcionamento da pesquisa, enquanto instrumento formal, ou seja, um suporte teórico e metodológico, mas, sobretudo, uma sustentação para a facilitação

de EPS.

Estar apoiada nos princípios da Socioclínica Institucional e na formação pela EPS em Movimento potencializou o processo de facilitação da EPS. Portanto, ressalto que o resultado deste trabalho foi construído desde a minha inserção na formação pela EPS em Movimento, que me incentivou a produzir na equipe, novos sentidos no trabalho, no aprendizado e no fazer em saúde.

Outro ponto importante e facilitador desse processo de formação foi a possibilidade de contar com duas profissionais da rede para discussão das especificidades em Saúde Mental, para a aplicação de restituições, assim como, para apontamentos acerca do processo de formação que propiciaram enriquecimento na escrita do diário de pesquisa e da análise de implicação do pesquisador. Penso que a inserção dessas duas profissionais no grupo provocou ressonâncias também e que, considerando que a tese precisa ter um direcionamento de escrita e necessidade de finalização, entendo que essa participação pôde ainda apontar um novo trabalho futuro, abrindo pistas para novas investigações, considerando o *staff* rotativo³⁸.

Esta tese foi um exercício cotidiano de facilitação de EPS por meio de um processo pelo coletivo e também por meio desse mesmo coletivo, incentivando produções de novos sentidos no trabalho e no aprender a aprender. Assim, trouxemos 15 pistas no decorrer desta tese, numeradas didaticamente, mas não necessariamente seguindo esta ordem real durante o processo de EPS. Essas pistas não se configuram como um protocolo de modos de fazer, mas como balizadoras: 1) atenção às repercussões na criação do dispositivo de inserir a gestão na escolha das unidades; 2) atenção aos modos instituídos de organizarmos e planejarmos as formações e as atividades nos serviços; 3) a entrada em campo iniciada a partir de um raciocínio sobreimplicado; 4) abandono da ilusão de que existe o “controle” na pesquisa e permitir-se vivenciar o processo de gestão coletiva do aprendizado; 5) utilizar a restituição guiada pelo olhar da Socioclínica; 6) atenção para o olhar para além do que é dito, ou seja, estar atento às interferências institucionais; 7) realização da análise de implicação da pesquisadora; 8) iluminar o aprendizado em ato na perspectiva da EPS, ou seja, por meio das experiências do cotidiano; 9) a criação de dispositivos para formação em EPS pactuada com os sujeitos da pesquisa e construídos no decorrer da intervenção; 10) atenção para pensar e rever os dispositivos propostos a partir das necessidades sentidas; 11) atenção para os atravessamentos do modo de funcionamento e tipo de coordenação, ao cotidiano de trabalho e

³⁸ Conceito criado por Monceau que se refere a membros da intervenção; nesse caso, profissionais que participaram da facilitação de EPS, que não participaram de todos os encontros, mas retornaram regularmente ao estabelecimento.

ao processo de formação em serviço; 12) utilização de outros modos que propiciem o grupo a sair da comunicação verbal, como a dramatização, por exemplo, enquanto estratégia para restituição e reflexão acerca do processo de trabalho; 13) inclusão de leitura para mediação de conflito/crise na equipe, buscando despersonalizar as discussões; 14) compreensão dos aspectos do processo de trabalho; e 15) atenção à postura do facilitador no movimento de aprender pelo trabalho e no trabalho.

Portanto, entendo que a Socioclínica pode potencializar o processo de EPS por meio do modo de vivenciar e olhar para o campo de intervenção, podendo apontar essas pistas pautadas nos princípios da Socioclínica que também servirão de estratégia para a produção de conhecimento no/pelo trabalho e de fortalecimento da inclusão dos sujeitos na construção do aprendizado e de modos de “transver” o mundo.

Vivenciar esta pesquisa, assim como sua produção e planejamento, também me propiciou revisitar o meu lugar de “sabida”, enquanto minha relação com a instituição ensino, olhando para minhas implicações afetivo-libidinal, ideológica e profissional com as instituições que me atravessam e atravessaram nesse processo. Esta pesquisa também provocou o olhar para mim, para meu lugar de fala, enquanto mulher, docente, enfermeira, militante, especialista e também facilitadora de EPS. Toda essa vivência me ampliou para menos e ampliou meu olhar para o que consideramos como “insignificâncias” no trabalho. É por meio das “coisas insignificantes” que construímos nossa formação em serviço (e na vida).

A EPS e a Socioclínica Institucional me apresentaram várias possibilidades/pistas de trabalho, como já apresentadas anteriormente, mas ressalto aqui, que a poesia revolucionária de Manoel de Barros me estimulou e me conduziu para o prazer em desaprender, a voltar-se para mim mesma, procurando em mim um novo mundo ou reconhecendo outros mundos (instituições) em mim para, aí sim, aprender de/o novo (ou olhar para o já conhecido com outros olhos).

Enfim, defendo a tese de que a EPS para formação em saúde mental, guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional, pode potencializar o aprendizado em serviço, além de propiciar ferramentas para o olhar não só para o mundo do trabalho, como também o olhar para si, como um movimento de autoanálise e autorreflexão, identificando os atravessamentos e interferências institucionais no cuidado em saúde e, conseqüentemente, na formação pelo trabalho.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007.
- ALFORD, D. P. et al. Scope of pain: an evaluation of an opioid risk evaluation and mitigation strategy continuing education program. **Pain Med.**, v. 17, n. 1, p. 52-63, Jan. 2016.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVARENGA, P. G.; ZANETTI, M. V.; DEL SANT, R. Psicopatologia e exame psíquico. In: ANDRADE, A. G. **Fundamentos em psiquiatria**. São Paulo: Manole, 2008. p. 89- 115.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. A atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783- 836.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999.
- ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, p. 26- 36, mar. 2009. Suplemento 1.
- BALBINO, A. C. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Cidade, v. 8, n. 2, p. 249-266, 2010.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.
- _____. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In:_____. **A Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 105-128.
- BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha**

Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, mar. 2012.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO VILLELA, S. M. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 191-192, 2014.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 6. ed. Belo Horizonte: Record, 2012.

_____. **Grupos**: teoria e técnica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

_____. **Introdução à esquizoanálise**. 3. ed. Belo Horizonte: FBG/IFG, 2010.

BARROS, R. D. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. 3. ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2013. (Coleção Cartografias).

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Revista Psicólogo inFormação**, São Bernardo do Campo, v. 14, n. 14, p. 160-169, jan./dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-88092010000100010&script=sci_abstract>. Acesso em: 02 maio 2018.

BESSAOUD-ALONSO, P. Collaborations et tensions entre parentes et professionnels. Un dispositif d'élaboration d'une parole audible. In: MONCEAU, G. (Org.). **Enquêter ou intervenir?** Effets de la recherche socio-clinique. Nîmes: Champ Social Éditions, 2017. p. 20-29.

BEURS, D. P. et al. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. **Br. J. Psychiatry**, v. 208, n. 5, p. 477-483, 2016.

BEURS, D. P. et al. Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. **Trials**, v. 6, n. 14, p. 372-380, Nov. 2013.

BEZERRA, I. C. et al. 'Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá': processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. e00108116, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 ago. 2017. Epub 28-Set-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00108116>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, 1993. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv1n1.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, DF: Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O Trabalho como fonte de formação**: um movimento em construção no Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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: DAPE; Coordenação Geral de Saúde Mental; OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS** - Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005** . Determina que as

ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34). 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 02 dez 2017.

CAMPAGNOLI, M et al. Análise institucional das práticas de enfermagem: uma experiência na Atenção Básica. **Diversitates Int. J.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 25-43, 2017.

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: método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P (Org). **Saúde mental na atenção básica**: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016. 496 pg.

_____.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento. CARDOSO, M. L. M. et al. A política nacional de Educação Permanente em Saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2018.

CARVALHO, T. G. S.; ALMEIDA, A. M. B.; BEZERRA, M. I. C. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 94-103, jun./dez. 2016.

CARVALHO, I. S.; PELLEGRINO, A. P. **Política de Drogas no Brasil**: a mudança já começou. Instituto Igarapé, Artigo estratégico 16; março. 2015.

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

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005.

_____.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, dez. 2001.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.

CONDE RODRIGUES, H. B. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contra tempo) das intervenções. In: CONDE RODRIGUES, H. B. ; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Saúde e loucura**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. (Análise Institucional, 8).

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da Equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-59, jun. 2012.

CORIOLOANO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e serviços de atenção básica de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 495-501, 2011.

CHAUI, M. S. A consciência pode conhecer tudo? In: _____. **Convite à filosofia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de

Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CORREIA, C. V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da Equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

DAHRENDORF, R. **Reflexões sobre a revolução na Europa**. Tradução Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALPIAZ, L. H. D. Educação permanente e políticas públicas: problematização de práticas e produção de conhecimento. **Roteiro**, Joaçaba, p. 173-192, 2015. Edição especial.

DAVINI, M. C. **Educación permanente en salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1483-1492, 2009. Suplemento 1.

DESVIAT, M. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. Coord. Paulo Amarante. Tradução Marta Donila Claudino. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DELORS, J. et al. (Orgs.). Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. Brasília, DF: UNESCO, 2010.

DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DOBBIES, D. V. **Práticas profissionais e resistência na construção do cuidado em rede em saúde metnal em uma microrregião de Campinas/SP**. 2016. 251 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2016.

_____. D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da análise institucional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 120-133, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2017.

DUBOIS, A. Les effets d'une recherche sur um dispositif d'analyse de pratiques professionnelles. In: MONCEAU, G. (Org.). **Enquêter ou intervenir? Effets de la recherche socio-clinique**. Nîmes: Champ Social éditions. 2017; p. 30 - 39.

ESLABAO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e60973, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>

=S1983-14472017000100418&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2018.

EPS EM MOVIMENTO. **Entrada**. Apresentação. 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/arquivos-em-pdf/apresentacao>>. Acesso em: 05 maio 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **Tornando-se anfíbios voadores**. 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/tornando-se-anfibios-voadores>>. Acesso em: 05 maio 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **De um ponto a outra**: Ponto de Cultura e a Educação Permanente em Saúde. 2014c. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/arquivos-em-pdf/de-um-ponto-ao-outro-ponto-de-cultura-e-a-educacao-permanente-em-saude>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

EPS EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz gestão**. 2014d. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

EPS EM MOVIMENTO. **Um mergulho no mundo do trabalho em saúde**. 2014e. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/um-mergulho-no-mundo-do-trabalho-em-saude>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Tensões constitutivas do trabalho em saúde**. 2014f. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/tensoes-constitutivas-do-trabalho-em-saude>>. Acesso em: 04 set. 2018.

EPS EM MOVIMENTO. **A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar**. 2014g. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/arquivos-em-pdf/a-eps-aprendizagem-flutuante-e-um-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **O aprender e o engendramento de um novo campo de possibilidades**: outrarse. 2014h. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/o-aprender-e-o-engendramento-de-um-novo-campo-de-possibilidades-outrar-se>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação e trabalho em saúde**: a importância do saber da experiência. 2014i. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradatextos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde**: Brasil, 1997-2006. 2008. 236 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FAURE, E. et al. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Aprender a ser**: la educación del futuro. Madrid: Unesco, 1973.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o

Cuidado em Saúde).

FIGUEIREDO, E. B. L. et al. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, p. 1768-1773, 2018. Suplemento 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018001001768&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____.; GOUVEA, M. V.; SILVA, A. L. A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora. **Rev. Bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 324-331, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300324&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01712015>.

FIGUEREDO, R. C. et al. S. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 7, n. 4, p. 8, out. 2014.

FORTUNA, C. M. et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 255-266, ago. 2014.

_____. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011.

_____. et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, jun. 2012.

_____. et al. A socioclínica institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e2950017, 2017.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

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

_____. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREUD, S. História do movimento psicanalítico, 1914. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 10. ed. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1991.

_____. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. São Paulo: Cortez, 1995.

GAZIGNATO, E. C. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun. 2014.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 88-104.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as Equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Eds.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 205 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HESS, R. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In: HESS, R.; SA VOYE, A. (Coords.). **Perspectives de l'analyse institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1998. p. 119-138.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio da falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 148-193, 2007.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action**. Boston: Beacon Press, 1984. v. 1, Reason and the rationalization of society.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

JESUS, A. F.; PEZZATO, L. M.; ABRAHÃO, A. L. O uso diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde: o caso Dom Quixote. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 206-238.

JERANT, A. et al. Physician Training in Self-Efficacy Enhancing Interviewing Techniques (SEE IT): effects on Patient Psychological Health Behavior Change Mediators. **Patient Educ. Couns.**, v. 99, n. 11, p. 1865-1872, Nov. 2016.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para

resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 05, p. 738-744, 2013.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORN, M. C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. 496 pg.

KOHLSTADT, I. ; WHARTON, G. Clinician uptake of obesity-related drug information: a qualitative assessment using continuing medical education activities. **Nutr. J.**, v. 12, n. 44, p. 06-12, Apr. 2013.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 31- 103.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

_____. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

_____. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Reflexões sobre a análise institucional das práticas profissionais**. Campinas, 2014. (Texto elaborado para subsidiar a discussão do Grupo de Análise Institucional & Saúde Coletiva – FCM/Unicamp).

_____. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: CONDE RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. **Saúde e loucura**. São Paulo: Análise Institucional, 2004. n. 08. p. 79- 99.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LAPASSADE, G. **El analizador y el analista**. Barcelona: Gedisa, 1979.

_____. **Grupos, organizações e instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

_____. **Analyse institutionnelle et socioanalyse**. Connexions 6. Paris: EPI, 1973.

LEMOES, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco

Alves, 1989.

LORENZETTI J. et al. A gestão em saúde no Brasil: um diálogo com gestores públicos e privados. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v. 23, n. 2, p. 417-425. 2014.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

_____. Implicação sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 186-198.

_____. Implicação e transdução (1994). In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.9-13.

_____. O instituído contra o instituinte. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 47-65.

_____. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 67-86.

_____. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, Diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004d. p. 259-283.

_____. Análise institucional e práticas de pesquisa. In: RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **René Lourau na UERJ**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 47- 65.

_____. **Le lapsus des intellectuels**. Toulouse: Privat, 1981.

_____. **René Lourau na UERJ - 1993**. Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.

LOURAU, R.; LAPASSADE, G. **Chaves da sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LOURAU, R. **Le gai savoir des sociologues**. Voir des sociologues. Paris: UGE, 1977.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

MACCARTHY, D. et al. Improving primary care in British Columbia, Canada: evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. **BMC Med. Educ.**, v. 9, n. 12, p. 110-119, Nov. 2012.

MCCAFFREY, E. S. N. et al. Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH). **Evid. Based Med.**, v. 22, n. 4, p. 123-131, Aug. 2017.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21,

n. 2, p. 224-232, 2013.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii, maio/ago. 2009.

MANNING, J. C. et al. 'OurCarethroughOurEyes'. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses' knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK., Callaghan P, Wharrad H. **BMJ Open**, v. 7, n. 4, p. 147-152, May 2017.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009.

MARX, K. **O capital**. Trad. J. Teixeira Martins e Vital Moreira. Coimbra: Centelha, 1974. v. 1.

_____.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo, 1998.

MEDINA-PRESENTADO, J. C. et al. Online continuing interprofessional education on hospital-acquired infections for Latin America. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 21, n. 2, p. 140-147, Mar. 2017.

MEDEIROS, G. T. et al. Educação permanente em saúde mental: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-483, 2016.

MARTINS, A. K. L. et al. Mental health practices in the family health strategy: an exploratory study. **J. Res.: Fundam. Care Online**, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, Jan./Mar. 2015.

MARTINS, R. L.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 209-218, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100209&lng=en>. Acesso em: 25 jan. 2018.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 059, de 07 de maio de 2014**. Institui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Cuiabá, 2014.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, F. A. B. **Análise de implicação profissional**: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde. 2017. 141 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: LippincotWillians, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR).

MERHY, E. E. A organização não existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 579- 596.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, mayo/ago. 2006.

_____.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente em salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MISHIMA, S. M. et al. Perspectivas dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 665-673, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103404/101878>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

_____. **Implication et "logique" institutionnelles**. Analyse de pratique et professionnalité des enseignants. 2002. Disponível em: <<http://eduscol.education.fr/pid25232-cid46597/implication-et-logique-institutionnelles.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

_____. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. Tradução: ROMAGNOLI, R.; BRITTO, L. E. M.; SALOMÃO, C. S. **Psicol. Rev.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217, jan. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682015000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. Le concept de résistance en education. **Pratiques de Formation/Analyses**, n. 33, p. 47-57, 1997.

_____. Como as instituições permeiam as práticas profissionais. Socioclínica institucional e formação de professores. In: PIMENTA, S. G.; FRANCO, M. A. S. (Orgs.). **Pesquisa em**

educação. Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação. São Paulo: Loyola, 2008. v. 1, p. 27-73.

_____. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. Tradução: Lólio Lourenço de Oliveira. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005.

_____.; SOULIÈRE, M. Mener la recherche avec les sujets concernés: comment et pour quels résultats? **Éducation et Socialisation**, Ottawa, v. 45, p. 01- 16, 2017.

MOURA, A. H. A **Psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEVES, H. G. et al. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 53-63, 2012.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NOVAES, M. A. et al. Tele-educação para educação continuada das Equipes de Saúde da Família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface Comun. Saúde Educ.**, São Paulo, v. 16, n. 43, p. 1095-1106, 2012.

ONOCKO, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

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

Organização Mundial de Saúde (OMS). World Health Organization (WHO); World Organization of Family Doctors (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 3ème ed. Paris: Armand Colin, 2012.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr. 2000.

_____. et. al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, v. 41, p. 24-38, maio/ago. 2013.

_____. et al. (Ents.). Entrevista com Gilles Monceau. Rio de Janeiro, 24 de abril de 2006. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 309-318, jan./jun. 2008.

PATEL, S. R. et al. Training community-based primary care physicians in the screening and management of mental health disorders among Latino primary care patients. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 38, p. 71-80, Jan./Feb. 2016.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000300011&lng=en>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PENIDO, C. et al. Saúde mental na atenção básica: dividir ou somar apoios matriciais? **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 33-51, 2018.

_____. M. F.; PASSOS, I. C. F.; ANDRADE, I. C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma primeira experiência de aproximação. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 8, p. 258-268, dez. 2015. Número especial.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia educacional em saúde mental para médicos da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p. 478-486, 2017.

PEREIRA, A. **Ambientes virtuais de aprendizagem**: em diferentes contextos. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2007.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, dez. 2011.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Original publicado em 1983).

PRESTES, L. I. N. et al. Apoio matricial: um caminho de fortalecimento das redes de atenção à saúde em Palmas-TO. **Rev. Bras. Cienc. Saude**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 215-218, 2011.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. D. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Contribuições da análise institucional para uma abordagem das práticas linguageiras: a noção de implicação na pesquisa de campo. **Cadernos de Letras da UFF**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 47-73, 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/cadernosdeletrasuff/40/artigo2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

RODRIGUES, H. B. C. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 115-164. (Col. Saúde & Loucura).

_____.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (Orgs.). **Grupos e instituições em análise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

RODRIGUES, W. O. et al. Os limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, p. 107-114, out. 2016. Número especial 4. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602016000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2017.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 723-729, out./dez. 2010.

ROSSETO, E. G. et al. Reflexões acerca da condução de uma investigação qualitativa. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 127-33, jan./mar. 2010

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan./jun. 2014.

SANTANA, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro**: pesquisa socioclínica no Brasil e na França. 2016. 341 f. Tese (Doutorado Cotutela em Ciências da Saúde e Ciências da Educação) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Universidade de Cergy Pontoise, Gennevilliers, 2016.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 3, p. 833-844, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000400833&lng=en>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SANTOS, A. A.; DALLA VECCHIA, M. Oficina de formação em saúde mental como estratégia de Educação Permanente em Saúde. **Saúde e Transformação Social**, Santos, v. 7, n. 2, p. 69-78, 2016.

SANTOS, E. R.; LANZA, L. M. B.; CARVALHO, B. G. Educação permanente em saúde: a

experiência do serviço social com Equipe de Saúde da Família. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16-25, 2011. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/8341/6421>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557- 561, set. 2010.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.o.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400018&lng=en>. Acesso em : 26 jan. 2018.

SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde**: cartografias da gerência. 2004. 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139- 148, fev. 2009.

SILVEIRA, F. et al. Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4879- 4888, dez. 2014.

SOBRAL, F.; CAMPOS, C. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 100-107, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i2p100-107>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

SOUZA, K. M. J. et al. Contribuições da saúde coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 543-549, jun. 2017.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, dez. 2012.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEDESCO, S. Modos de resistência nas redes linguísticas. In: Lima, E.A.; Neto; J.L.F.; Aragon, L.E. (Org.). **Subjetividade Contemporânea**: Desafios teóricos e metodológicos, Curitiba: Ed.CRV, p. 161-171. 2008.

_____.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

TELES, L. S.; CORREA, E. H. C.; SCATTOLIN, F. A. A. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os usuários de álcool e outras drogas. **Rev Fac Ciênc Méd, Sorocaba**, v. 18, n. 2, p. 92-97. 2016

THIOLLENT, M. Maio de 1968 em Paris: testemunho de um estudante. **Tempo Social; Rev. Sociol, USR**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 63-100, out. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, D. M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470/868>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

VILLA, E. A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, out./dez. 2015.

VIVOT, C. C. **Análise institucional e política de educação permanente**: ferramentas de gestão e institucionalização da atenção básica no município de Sorocaba/SP. 2014. 222 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2014.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Fundamentos da Nova Educação. Brasília: UNESCO, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Jadvnurs**, Cidade, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZAVARESE DA COSTA, V. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Invest. Educ. Enferm.**, Medellín, v. 28, n. 3, p. 336-344, nov. 2010.

ZANARDO, G. L. P.; LEITE, L. S.; CADONÁ, E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 01- 21, 2017.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE I

A viagem do Doutorado Sanduíche: a viagem em mim

Esclareço que usarei tempos verbais diferentes de acordo com cada momento da produção de dados, pois entendemos que apesar do estudo não ser construído sozinho, tendo a equipe do serviço como parceira nessa experimentação, o grupo de pesquisa e a orientadora como colaboradora e incentivadora nesse processo, em muitos momentos, vivenciei *sozinha* o desafio de propiciar um espaço de Educação Permanente em Saúde, com a proposta de colocar o cotidiano de trabalho em análise e incentivar o exercício de autogestão e autoanálise. Além de muitos movimentos, terem sido vividos somente por mim.

Coloco a palavra *sozinha* em itálico, pois estou considerando estar *sozinha* na escrita da tese, que também precisa ser um momento solitário e singular, a vivência particular de experimentar ser uma doutoranda da EERP-USP e, também, no processo de coordenação da atividade, em que não houve alternância da coordenação com outros profissionais/animadores da intervenção.

Nesse caminhar também precisei entender a importância de estar *sozinha* e quais os significados em estar só, de estar comigo mesma, viver o processo de solidão necessário, mas podendo contar com grupo, com um coletivo de pesquisadores e amigos.

As atividades foram referentes à participação em aulas da pós-graduação, seminários, discussões de projetos com mestrandos e visitas a alguns serviços de saúde mental e institutos de formação de enfermeiros.

O estágio de doutoramento no exterior faz parte do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), que tem como objetivo oferecer bolsas de estágio em pesquisa de doutorado no exterior “de forma a complementar os esforços despendidos, pelos programas de pós-graduação no Brasil, na formação de recursos humanos de alto nível para inserção nos meios acadêmico, de ensino e de pesquisa no país” (Edital nº 19 DO CAPES, p. 01).

Nessa modalidade de estudo, alunos que são regularmente matriculados em cursos de doutorado no Brasil (em programas de pós-graduação que tenham nota de três a sete na avaliação quadrienal da CAPES) realizam uma parte da formação em alguma instituição no exterior e retornam ao Brasil para encerrar suas atividades e defender a tese. Durante esse

estágio de formação, o pós-graduando tem a oportunidade de realizar um aprofundamento teórico, coleta/produção e/ou tratamento dos dados.

Eu precisei parar em alguns momentos, contemplar mais a caminhada, com menos ansiedade para chegada. Chegada para mim que no início tinha diversos significados: chegada do fim da estadia que inicialmente estava carregada de medo e insegurança; chegada do final da transcrição dos dados; chegada do final da defesa da tese e, conseqüentemente, do doutorado; chegada do próximo dia; chegada do dia que eu tivesse uma compreensão total sobre alguns conceitos. Enfim, eu buscava inicialmente o fim da travessia, chegar ao fim do caminho.

A viagem também faz parte da formação, ela é carregada de “travessias”, de percursos e cursos que precisamos fazer, de caminhos, de processos, de transição, mudança. A gente atravessa o mar e vai a outro país, atravessa ruas, cidades, mas também inquietudes, turbulências, medos, curiosidades, alegrias, conquistas; nós atravessamos, mas também passamos através disso tudo (CORNU, 2017) e isso tudo vai nos modificando, vai nos transformando e também nos atravessando.

É preciso fazer a viagem, programá-la com uma dimensão objetiva do deslocamento, com locais de partida e chegada identificados, com explicação do motivo, com um planejamento, inclusive como requisito para aprovação em uma seleção. No entanto, mesmo com um objetivo prévio, muitas vezes voltados apenas às questões acadêmicas/teóricas, como vimos na maioria dos estudos (LORENZINI et al., 2016; ANDRADE; BOERI, 2016; FASSARELLA; FIGUEIREDO, 2013; SILVA; FERREIRA; APOTOLIDIS, 2013; SALVETTI et al., 2013; CRUZ; ANDERSEN; GIR, 2012).

No decorrer da viagem, novos objetivos e planejamentos são (re)construídos e nem sempre o local de chegada é somente o local geográfico estabelecido no planejamento inicial (CORNU, 2017), mas também a chegada em um novo sujeito que se (re)construiu nesse processo é também um encontro com um novo eu.

Acolher o desconhecido, de um país desconhecido, também nos abre para o desconhecido de si, com a possibilidade de um novo começo (em si e no outro país). A experiência em outro lugar se caracteriza também pela interrogação do familiar (CORNU; BRETON, 2017), do conhecido, do natural, do que já reproduzido constantemente em nós, do nosso lugar de fala.

A gente também se forma pelo deslocamento (territorial e de si), pela diversidade do mundo, pelos reencontros e encontros, pela pluralidade das culturas, assim como pela

diferença encontrada no modo como sua profissão é exercida em outro país (BRETON, 2017).

Assim, nesses novos encontros e reencontros e no movimento de entender “a viagem” como travessia, fui compreendendo aspectos relacionados à sobreimplicação de minha militância em saúde mental/atenção psicossocial, da docência, pesquisas (e todas as outras pesquisas de que já participei e coordenei, de modo tradicional e pouco coparticipativo). Eu tinha um foco para a “chegada” na pesquisa-intervenção, eu queria “atravessar” e encerrar o processo alcançando os objetivos pensados anteriormente a partir do lugar de uma militante em saúde mental.

Quando a análise da implicação é impossibilitada, por um tipo de comprometimento exacerbado, chama-se de sobreimplicação³⁹ (LOURAU, 2004a, 2004b), em que o socioanalista passa a ter dificuldade em analisar e autorrefletir acerca da sua prática e atitudes.

Escutar os áudios, transcrevê-los e revisitar os momentos de análise de implicação, compreender minha sobreimplicação durante o processo de intervenção, me fez entender melhor não só conceitos e a sobreimplicação, ou suas repercussões, mas também me ajudou a compreender a viagem, a acolhida do “estrangeiro”, que também é estrangeiro em mim. Eu precisava ser uma pesquisadora “perdida”, assim como ser uma viajante “perdida”. É necessário deixar-se perder na pesquisa-intervenção, não perder no sentido de desorientação, porém no sentido de entrega e acolhida a tudo que é encontrado no caminho.

Partir em viagem é também partir ao encontro do incerto (CORNU, 2017). Fazer uma pesquisa intervenção a partir da socioclínica também é permitir-se a incerteza, ao não controle da vida e dos projetos, aos perigos da viagem, aos percalços do pesquisar, àquilo que não podemos controlar (nem na pesquisa, nem na vida). Nada aconteceu separadamente; não foi uma coisa, depois a outra, ou como raciocínio linear/como consequência. Não, foi como um emaranhado, foi concomitante e, em muitos aspectos, fizeram sentido somente ao retornar da viagem.

A viagem, mesmo terminada, é uma viagem sem fim (CORNU, 2017); não por ter uma análise contínua/infinita, mas por continuar nos provando, por possibilitar modificações em nós que serão, muitas vezes, permanentes.

As pesquisas tradicionais nos induzem a ficar aprisionados ao lugar de partida e de chegada e somente “atravessar”⁴⁰ a “coleta” de dados com pouco envolvimento, reflexão e desterritorialização.

³⁹ Conceito que será melhor abordado no próximo capítulo.

O gesto de abandono do antigo, daquilo que já é conhecido, em uma viagem ou em uma pesquisa, nos permitindo descobrir novas formas de aprendizado, também nos ajuda a aprender a “fazer com”, a “pesquisar com”. Viajar não é fazer muralhas de proteção para a diversidade, para o diferente e para o inesperado, mas pressupõe, se render e abandonar-se (BRETON, 2017): assim como em uma pesquisa, assim como nos encontros.

Voltar ao Brasil, organizar um local para viver e estudar⁴¹, reler o diário, escrever, encerrar as transcrições, lê-las atentamente, foi um ato simbólico não só de retorno ao lar, mas o retorno a mim mesma (CORNU, 2017). Um novo eu. Transformada, múltipla e ainda em processo de autodescoberta.

⁴⁰ Cabe esclarecer que não estamos nos referindo aqui ao conceito de atravessamento na Análise Institucional - como interpenetrações e atitudes, do reprodutivo, o instituído e organizações que falam por nós em função do conservador (BAREMBLITT, 1992).

⁴¹ Estava residindo em dois lugares, devido à produção de dados e viajando para São Paulo para cursar disciplina, seminários, reuniões e orientações.

APÊNDICE II

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS⁴²

IDENTIFICAÇÃO

Nome (apenas iniciais):

Idade:

Sexo:

Formação/ escolaridade:

Cargo na ESF:

Tipo de vínculo empregatício:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ano de conclusão/instituição):

Cursos realizados na área de saúde mental:

Tempo de trabalho na ESF:

Trabalhos anteriores e/ou atuais simultâneos:

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale um pouco sobre o trabalho que realiza no serviço: rotina da unidade, atividades que realiza/coordena e participa, responsabilidades, técnicas/saberes que utiliza, normas, leis que conhece.
2. A ESF realiza alguma ação voltada ao cuidado em Saúde mental? Se sim, descreva essas ações.
3. Há acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico/com transtorno mental no serviço? Se sim, como é feito esse acompanhamento?
4. O que acontece com uma pessoa em sofrimento psíquico/transtorno mental que vem aqui na unidade, mas não estabelece um acompanhamento ou tratamento aqui? Qual intervenção/ação/cuidado/decisão que a unidade realiza quando uma pessoa com transtorno mental procura a unidade, mas não estabelece acompanhamento/tratamento?

⁴² Informamos que estas são as questões norteadoras apenas; suas respostas poderão estar contempladas sem a necessidade de realizar todos os questionamentos para o sujeito.

5. Você conhece a RAPS (REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL) e conhece seus princípios? Quais são? Fale um pouco sobre isso.
6. Na sua percepção, como está a Rede de Atenção Psicossocial no município de Cuiabá? E a articulação/parcerias/trabalhos em conjunto entre os serviços, como você descreveria e avaliaria?
7. Quais são suas dificuldades/limitações relacionadas ao seu trabalho/cuidado integral ao sujeito? E em relação à saúde mental?
8. O que você acha que poderia ser feito para amenizar isso?
9. Qual é a sua opinião sobre a sua formação para trabalhar na ESF e para o cuidado em saúde mental? Suficiências, insuficiências, necessidades. Gostaria de participar de uma ação de EPS? Como essa ação deveria ser, na sua opinião?
10. Há outras práticas que você desenvolve em seu cotidiano que não se encontra prevista no sistema de saúde?

APÊNDICE III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa “Educação Permanente em Saúde para construção de ações de saúde mental na Atenção Básica” sob a responsabilidade das pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP Prof.^a Cinira Magali Fortuna e Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública, Larissa de Almeida Rézio.

A pesquisa tem por objetivo analisar a Educação Permanente em Saúde como dispositivo para a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica do município de Cuiabá, Mato Grosso. Caso concorde, sua participação será por meio de entrevista, grupo de discussão e registro de percepções em diário que será lido e analisado. A pesquisadora também estará presente na rotina do serviço. A entrevista será em local, dia e horário escolhido pelo (a) senhor (a) o qual se sinta a vontade para se expressar livremente. Essa entrevista poderá ser realizada em seu local de trabalho, será gravada em um gravador de áudio e transcrita na íntegra. Somente depois desse processo o material será analisado pelas pesquisadoras. O tempo estimado da entrevista será de 40 a 60 minutos e será norteadas por um roteiro previamente elaborado com questões sobre seu trabalho com pessoas com algum agravamento em saúde mental e suas experiências nesse trabalho. Caso necessário e o (a) Sr (a) concordar, poderemos marcar mais de uma entrevista.

Além das entrevistas, serão agendadas, com anuência da equipe, sessões de discussão sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, conforme necessidades apontadas por você e seus colegas. Essas reuniões/encontros também serão gravadas e transcritas. O (A) senhor (a) será ainda convidado (a) a elaborar um diário onde escreverá livremente suas impressões, sentimentos, dúvidas e aprendizados.

Para tanto, o (a) senhor (a) deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor e valor, uma das quais ficará em seu poder,

para autorizar a gravação da entrevista e dos encontros nos quais o (a) senhor (a) participará de rodas de conversa em que estarão em pauta o trabalho em saúde e em saúde mental desenvolvido no serviço do qual faz parte.

Em caso de qualquer desconforto ou constrangimento, o (a) senhor (a) terá total liberdade para ficar calado (a) ou mesmo não participar da atividade proposta na roda de conversa. Não haverá remuneração ou prejuízo financeiro para o (a) senhor (a). Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá possibilidade de desistência sem que isso lhe cause dano ou prejuízo e terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, pesquisadora Larissa de Almeida Rézio, que pode ser encontrada no Telefone: (65) 8111-2424 e e-mail larissarezio@hotmail.com e fortuna@eerp.usp.br.

Existe risco de constrangimento ao responder às questões ou mesmo de desconforto em expressar sua opinião para o pesquisador. Caso sinta os desconfortos citados ou qualquer outro, pedimos que fale diretamente para a pesquisadora que interromperá a entrevista e/ou a discussão em grupo, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao (à) senhor (a) sobre alguma forma de amenizar ou aliviar tal desconforto, assumindo postura proativa. Assim que o (a) senhor (a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com a entrevista e/ou da discussão em grupo; se desejar continuar em outro dia ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV.3-h da Resolução CNS nº 466/12). O (A) senhor (a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Se o (a) Sr. (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira. Não haverá pagamento de transporte pelo seu deslocamento para os dias da entrevista e para

que o (a) sr. (a) não tenha gastos, sugerimos realizar as entrevistas durante a jornada de seu trabalho. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade dos entrevistados. O benefício do estudo será para contribuir no enriquecimento do debate acerca do cuidado à saúde mental na Atenção Básica e contribuir para o entendimento sobre as relações entre profissional e usuário, profissional e serviço e profissional e sociedade. O benefício direto para você, enquanto profissional do serviço de saúde, é a qualificação para o trabalho, partindo das necessidades dos mesmos. Além disso, por meio da EPS para construção de ações de saúde mental na Atenção Básica, propiciaremos o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e, sempre que desejar, o (a) senhor (a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o (a) Sr. (a) poderá ser esclarecido (a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis por meio do telefone (65) 8111-2424 ou pelos e-mails larissarezio@hotmail.com ou fortuna@eerp.usp.br e também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (16) 3315-9197, cujo funcionamento em dias úteis das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao (à) senhor (a). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo nº 53029016.2.0000.5393) que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

Larissa de Almeida Rézio

Doutoranda em Enfermagem em Saúde
Pública na Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP

Doutoranda

Contato: (65) 8111-2424

Cinira Magali Fortuna

Professora do Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Pesquisadora orientadora

Contato: (16) 3602-3476

Eu _____ aceito participar da pesquisa:
Educação Permanente em Saúde para construção de ações de saúde mental na Atenção
Básica.

Cuiabá, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

APÊNDICE IV:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu _____ (nome do paciente/usuário do Sistema Único de Saúde) portador do RG: _____ e CPF: _____ autorizo Larissa de Almeida Rézio a acompanhar e observar a consulta e/ou visita domiciliar. Entendo que o objeto de observação é a prática do trabalhador de saúde e não minha fala, postura e/ou informações compartilhadas com o profissional.

Local:

Data:

Assinatura:

Anexos

Anexo 1 – Certificado de Apresentação e Apreciação Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde como estratégia para construção de ações de saúde mental na Atenção Básica

Pesquisador: Larissa de Almeida Rézio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53029016.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.764.683

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No TCLE foi inserido espaço para assinatura do participante

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado Ad Referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.764.683

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_802111 E1.pdf	05/10/2016 14:37:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_atualizado3.pdf	05/10/2016 14:37:04	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestao_atualizado.pdf	05/10/2016 14:36:32	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_atualizado.pdf	29/09/2016 12:14:25	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores.pdf	29/09/2016 12:13:05	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Outros	oficio_emenda.pdf	29/09/2016 12:12:21	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Outros	Autorizacao_pacientes.pdf	19/01/2016 15:28:17	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	19/01/2016 15:26:30	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2016 15:25:49	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/01/2016 19:56:15	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/01/2016 19:54:12	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento_projeto.pdf	18/01/2016 19:52:20	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Outros	Autorizacao_sms.pdf	18/01/2016 19:50:41	Larissa de Almeida Rézio	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/01/2016 19:45:13	Larissa de Almeida Rézio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.764.683

RIBEIRÃO PRETO, 06 de Outubro de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br