A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

na formação
para o cuidado
às famílias
em saúde mental

gabriela martins silva

ribeirão preto, 2017

GABRIELA MARTINS SILVA

**A Educação Permanente em Saúde na formação
para o cuidado às famílias em saúde mental**

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Guanaes Lorenzi

Ribeirão Preto

2017

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.

CAPA: Encadernação artística feita pelo Projeto Tear, iniciativa pública de geração de trabalho e renda que é parte da rede de atenção psicossocial do município de Guarulhos (SP). Arte feita por Rafael Puga.

Silva, Gabriela Martins

A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental/Gabriela Martins Silva ; orientadora Carla Guanaes Lorenzi. --Ribeirão Preto, 2017.

157 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Família. 4. Construcionismo Social. 5. Processo Grupal

Nome: Silva, Gabriela Martins

Título: A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências, Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Ensino

*Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.
Não é.
A coisa mais fina do mundo é o sentimento.
Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:
“Coitado, até essa hora no serviço pesado”.
Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água quente.
Não me falou em amor.
Essa palavra de luxo.
(Prado, 1986)*

À minha família, que me ensinou a amar.

À Isadora, que não me deixa esquecê-lo.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelas bolsas de doutorado e de estágio de pesquisa no exterior que viabilizaram a realização desta pesquisa (processos nº 2014/09444-1 e 2016/03467-5).

Ao CNPq, pela bolsa concedida no período inicial e anterior ao financiamento pela FAPESP.

À prefeitura de Ribeirão Preto, que autorizou a realização da pesquisa no âmbito de suas unidades de saúde mental.

À Prof.^a Dr.^a Carla Guanaes Lorenzi, pelo brilhantismo intelectual e disposição relacional que fizeram possível e deliciosa essa parceria.

Às professoras da banca de defesa, pelo privilégio do seu tempo e dedicação para leitura e avaliação do meu trabalho.

À Giovanna Doricci e Pedro Martins, pela generosidade traduzida em incansável cuidado, favores inumeráveis e riquíssimas discussões acadêmicas.

Ao amigo Emerson Rasera, por sua existência inspiradora, que dá vida ao que há de melhor da epistemologia que compartilhamos.

Aos meus familiares, que chamo de amigas e amigos, para destacar que a família que me foi dada é também a que escolhi.

Às amigas e amigos que chamo de família, para ressaltar que a amizade também se faz de laços profundos e duradouros.

RESUMO

Silva, G. M. (2017). *A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O cuidado às famílias das/os usuárias/os dos serviços de saúde mental é aspecto valorizado pelo modelo de atenção biopsicossocial e importante para efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apesar disso, ainda é um desafio no cotidiano dos serviços. Para atender a esta necessidade, a literatura aponta a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um recurso para o desenvolvimento desse cuidado, junto às/aos profissionais de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo geral entender como o processo conversacional contribui para o desenvolvimento da proposta da EPS e para a formação profissional para o cuidado às famílias de usuários/as de serviços de saúde mental. Para tanto, foram realizados dois processos formativos, com base na proposta da EPS, com dois grupos de profissionais de dois serviços públicos de saúde mental de um município de médio porte do estado de São Paulo. Ao todo, 18 profissionais participaram da pesquisa. A partir desses encontros, as conversas foram gravadas, transcritas e analisadas, utilizando a perspectiva construcionista social como guia teórico-epistemológico. A análise foi realizada com os seguintes objetivos específicos: identificar momentos críticos na interação, como marcos do processo conversacional, que indicam a ocorrência de reflexões e transformação de sentidos com relação à prática com famílias em saúde mental; analisar o uso de Registros Reflexivos como recursos conversacionais para a promoção de reflexões e transformação de sentidos. Com isso, cada um dos processos de EPS realizados foi nomeado a partir de características do seu processo conversacional e, para cada um deles, momentos críticos foram delimitados. No processo “Caixa de marimbondo” as conversas do grupo em torno das dificuldades do trabalho com famílias provocaram na facilitadora um sentimento de paralisação que, quando explicitado, gerou um momento crítico que permitiu ao grupo refletir sobre os espaços de reunião e seus efeitos. Já no processo “Primavera entre os dentes” as conversas sobre diferentes questões relacionadas ao cuidado às famílias promoveram transformações de sentido relacionadas à importância do trabalho desenvolvido pelas profissionais, à possibilidade de participação das famílias, à prática interdisciplinar e à importância do processo de EPS desenvolvido. Com isso, é destacada a centralidade do processo conversacional para que a EPS ocorra, sustentando a tese de que a facilitação pautada na responsividade fornece a base para construção de contextos de formação para o trabalho com famílias em saúde mental.

Palavras-chave: Educação Permanente. Saúde Mental. Família. Processo Grupal. Construcionismo Social.

ABSTRACT

Silva, G. M. (2017) *The Permanent Healthcare Education for taking care of family members in mental health services* (Doctoral Dissertation). Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

The Brazilian Psychiatric Reform predicts family care as a central aspect for treatment of people who suffers with psychiatric disorders. Nevertheless, it is still a challenge in everyday services in Brazil. To meet this need, literature and health policy point to Permanent Healthcare Education (PHE) as a way to promote this care. This research aimed to understand how conversational process contributes to develop the PHE proposal and to promote professional formation for taking care of family members in mental health services. To do so, two educational processes were carried out, based on the PHE policy and proposal, with two groups of professionals from two public mental health services in a medium-sized municipality in the state of São Paulo, Brazil. In total, 18 professionals participated in the research. The conversations were, then, recorded, transcribed and analyzed, using the social constructionist perspective as a theoretical-epistemological guide. The analysis was performed with the following specific aims: identify critical moments in the interaction, considered as landmarks of the conversational process, which indicate the occurrence of reflections and transformation of meanings regarding the practice with family members in mental health care; analyze the use of Reflexive Records as conversational resources to promote reflections and transformation of meanings. Thus, each of the PHE-processes was named from the characteristics of its conversational process and, for each of them, critical moments were delimited. In the "Hornet's nest process" the group's conversations about the difficulties of working with family members provoked a feeling of paralysis in the facilitator which, when expressed, generated a critical moment which led the group to reflect on meeting spaces and their effects. In the "Holding the spring" process, conversations about different issues related to care practices with family members promoted changes in meanings related to the importance of care practices developed by professionals, to the possibility of participation of family members, to interdisciplinary practices and to the importance of the PHE process developed. With this, the centrality of the conversational process in order to PHE to occur is highlighted, supporting the thesis that facilitation based on responsiveness provides the ground for building educational contexts for working with family members in mental health services.

Keywords: Permanent Education. Mental health care. Family. Group process. Social Constructionism.

SUMÁRIO

<i>Sobre a vida e esta tese: palavras iniciais</i>	15
<i>1 Guia teórico e epistemológico</i>	21
1.1 O olhar construcionista social para a construção da realidade e da ciência	22
1.2 Da mente individual às práticas discursivas: o convite construcionista social à Psicologia	25
<i>2 Loucura, saúde mental e utopia: a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a atenção psicossocial</i>	29
<i>3 O cuidado a família no contexto da Reforma Psiquiátrica e para a atenção psicossocial</i>	43
<i>4 A Educação Permanente em Saúde como meio para transformar o cuidado em saúde mental</i>	49
4.1 EPS: conceitos, aspectos legais e problemática	50
4.2 Princípios e aportes metodológicos da política da EPS	53
4.3 Contribuições do construcionismo social para realização de processos de EPS	57
<i>5 Justificativa e objetivos</i>	65
<i>6 Sobre os caminhos da pesquisa</i>	67
6.1 Caracterização do contexto de pesquisa: Ribeirão Preto e seus serviços	68
6.2 Cuidados éticos	74
6.3 Como foram organizados os grupos e os processos de EPS	75
6.4 Procedimentos de análise	79
6.4.1 Transcrição das conversas.....	81
6.4.2 Momentos críticos na interação	83
<i>7 Entre limites e potencialidades: momentos críticos na EPS</i>	87
7.1 O processo “Caixa de Marimbondo”	90
7.1.1 Compartilhando o sentimento de paralisação: “Tem que ter o ímpeto de mudança umas cinco vezes”	91
7.2 O processo “Primavera entre os Dentes”	100

7.2.1	"O afeto é transformador": construindo a importância do trabalho e dos encontros de EPS.....	101
7.2.2	"Estamos prescrevendo corresponsabilização": transformando o sentido de participação das famílias.....	106
7.2.3	"Essa fala é minha!": construindo sentidos sobre a prática interdisciplinar	115
7.2.4	"Mais poesia do que prosa": construindo a importância do processo de EPS	119
7.3	Continuando a conversa: repercussões da análise.....	126
8	Considerações finais	129
	Referências	133
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	143
	Apêndice B – Termo de Consentimento para Composição de Banco de Dados.....	145
	Apêndice C – Registros Reflexivos do processo "Caixa de Marimbondo"	147
	Apêndice D – Registros Reflexivos do processo "Primavera entre os Dentes"	151
	Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	157

SOBRE A VIDA E ESTA TESE: PALAVRAS INICIAIS

Esta pesquisa de doutorado tem como objeto dois processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que foram desenvolvidos junto a profissionais de saúde mental de dois CAPS do município de Ribeirão Preto, visando à promoção do cuidado às famílias dos/as usuários/as destes serviços. A partir disso, a análise realizada privilegia a compreensão do processo conversacional como central para viabilizar a EPS, tomando momentos críticos como marcos desse processo.

Desta forma, essa pesquisa envolve três grandes temas: saúde mental, EPS e cuidado à família. Meu interesse em desenvolvê-la surgiu a partir da leitura de textos de saúde mental que evidenciavam os atuais desafios da Reforma Psiquiátrica – dentre eles o cuidado às famílias – colocando a educação permanente das/os profissionais como a grande “aposta” para solucionar os problemas dos serviços. Diante dessas leituras, parecia-me que a aposta era ousada, quase como a proposição de uma panaceia, circunscrevendo nas/os profissionais a potência para lidar com os problemas da política. Entretanto, ao me debruçar na leitura específica sobre educação permanente, conheci a política da EPS, que traz uma proposta de educação em serviço que extrapola a ideia de treinamento e estudos: trata-se de uma reunião potencializadora da cogestão e da cidadania para o trabalho em saúde. Nesse sentido, a EPS me pareceu o terreno fértil para transformações micropolíticas que promovem melhores formas de vida.

Contudo, a possibilidade de fazer uma pesquisa de doutorado, sabemos, não cabe apenas às paixões e interesses teóricos, mas insere-se no todo da vida, com seus movimentos, possibilidades e limitações.

Nesse sentido, ser parte de uma parcela privilegiada da população de meu país que teve acesso à universidade pública, se configura em uma grande facilidade. Usufruí do que Chaui chama de moratória social: um tempo maior para me dedicar aos estudos do que o que a maioria da população brasileira dispõe, em decorrência da necessidade de se voltar desde cedo ao trabalho (Chaui, 2003). Assim, pude me dedicar inteiramente à graduação, tendo pai e mãe como parceiros e financiadores e, mais tarde, a pesquisa de doutorado como trabalho, a partir do financiamento pela FAPESP.

Meu caminho entre graduação e doutorado foi marcado por uma importante experiência de trabalho, após o mestrado, que me convidou a olhar para os desafios que se apresentam no cotidiano profissional e que em muito se distanciam do discutido e pesquisado na academia. Por isso, para a realização desta pesquisa, busquei, na medida do possível, estar conectada com a vida para além dos muros da universidade.

Além disso, valorizo imensamente o conhecimento sobre a política e a organização dos serviços ao se pesquisar o campo da saúde pública, considerando que gestão e cuidado são ações interdependentes (G. W. de S. Campos, 2015; Ceccim & Feuerwerker, 2004). E este conhecimento também demanda a inserção tanto na cidade como nos serviços, além de parceiras e parceiros, que são fundamentais para aquelas informações que não estão nos artigos e livros, muito menos nos *sites*.

Nessa busca, me dediquei a um percurso de inserção e participação nos contextos dos quais minha pesquisa fazia parte: na cidade de Ribeirão Preto, com seus desafios políticos e sua estrutura de serviços; na situação sanitária do país, com o aprofundamento do estudo sobre o SUS e a Reforma Psiquiátrica; e na militância pela efetivação do direito à saúde integral, antimanicomial, gratuita e com qualidade.

Nesse sentido, o Cebes (Núcleo Ribeirão Preto), se configurou em um grande parceiro. Com elas/es, amigas/os queridas/os (Helena Lugão, Fernanda Bergamini, Claudimar Amaro, Dário Schezzi, Fernanda Marques, Tânia Gomes, Pedro Carneiro, Luiza Menezes, Bárbara Grazielle, Iago Caires e Luana Lemes) militei, estudei e vivenciei as Conferências de Saúde municipal, estadual e nacional e experiências desafiadoras no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, incluindo sua Comissão de Saúde Mental. Com o respaldo do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), participei também das reuniões da Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, compreendendo a vinculação dos problemas do município no contexto do estado.

Paralelamente a isso, o amigo e parceiro Marcus Vinícius Santos, colega de laboratório (LAPEPG-USP) e trabalhador da área de saúde mental, abriu-me as portas para vivenciar o cotidiano de um dos serviços de saúde mental do município, participando voluntariamente de atendimentos e reuniões de equipe, o que me ajudou muito na familiarização com pessoas, termos, contextos e desafios.

Importante também para este percurso foi a participação nas reuniões do Observatório da Saúde Mental, realizados no CRP-SP, subsele de Ribeirão Preto, com psicólogas/os da rede pública de saúde (Marcus Vinícius Santos, Raquel Rotta, Dario Schezzi, Daniela Torres, Mara Frateschi, Alexandre Moisés, Maria Carolina Cabau), com os quais refleti e propus intervenções e ações pela luta antimanicomial.

Muito relevante para orientar minhas leituras e análises foi o curso de Saúde Pública realizado em Cuba, onde conheci Maritza Lopez Palomino e Noralydis Rodriguez Washington, professoras que me guiaram para ver a potência do que aqui achamos, por vezes, utópico: igualdade social e direito irrestrito e gratuito à saúde. Soma-se a isso, as reflexões e estudos realizados junto ao Professor Áquilas Mendes, no grupo de estudos sobre o livro “O Capital”, de Karl Marx, realizado na Faculdade de Saúde Pública da USP.

A banca de qualificação, com a Prof.^a Dr.^a Laura Macruz Feuerwerker e o Prof. Dr. Emerson Rasera, trouxe importantes contribuições que geraram o amadurecimento das escolhas metodológicas, enriquecendo os resultados da pesquisa.

Destaco, também, a importante contribuição do Prof. Dr. Ottar Ness, que calorosamente me recebeu na University College of Southeast Norway, me orientando durante período de estágio no exterior. As leituras, reflexões e escrita, realizadas em conjunto, inspiraram o procedimento de análise realizado, e as vivências na cultura e sistema de saúde noruegueses fortaleceram minha aposta num sistema social forte e justo.

Contei, ainda, com as reflexões e *feedbacks* sempre cuidadosos e dedicados das/os minhas/meus colegas de laboratório (Giovana Doricci, Pedro Martins, Gabriela Ravagnani, Maria Lúcia Fatureto, Luiza Menezes, Mariana Catalan, Marcus Vinícius Santos, Domitila Gonzaga e Lívia Penteado). Com a Isadora Ramos foram (são) intermináveis diálogos com múltiplas vozes, sendo ela minha condutora no universo jurídico, compartilhando o empenho na luta social. E com a Prof.^a Dra. Carla Guanaes Lorenzi, minha orientadora, tive a parceria, a confiança, o conhecimento e o apoio necessários para ir além.

Fundamentais para este trabalho, foram as conversas transformadoras que tive o privilégio de construir com as profissionais que aceitaram e se interessaram em

participar desta pesquisa. Com elas pude ser parte, por alguns momentos, do cotidiano do trabalho em saúde mental, compartilhando angústias, desafios, reflexões, limitações, potencialidades, motivações, desilusões, utopias e muito afeto.

Por fim, o trabalho com ouvidoria e educação permanente no SUS, no município de São Paulo, que me aproximou definitivamente dos enormes e contraditórios desafios da gestão da saúde pública.

Durante todo esse percurso, foram muitos encontros, discussões e mobilizações em torno da defesa da saúde pública e do cuidado antimanicomial, especialmente no período mais recente à finalização desta tese, em que manobras políticas no âmbito nacional, de maneira cada vez mais definitivas, promovem a desconstrução do SUS e da Reforma Psiquiátrica, ameaçando toda a gama de direitos sociais conquistados, inclusive o pacto democrático.

Citar essas pessoas e experiências como parte da apresentação desse trabalho se faz relevante porque o texto aqui materializado não seria o que é sem elas. Essas pessoas e experiências dizem das marcas que se produziram em mim, nesse processo de pesquisar, gerando estados inéditos de existência, de pensamento, de sentimento, de ação (Rolnik, 1993). E, nas palavras de Rolnik, “são as marcas que escrevem” (p.241), no sentido em que elas nos colocam o desassossego impulsionador da escrita.

Deste modo, trata-se, também, de um exercício de reflexividade pessoal, aquela que visa elucidar o entrelaçamento das questões pessoais com as de pesquisa (Willig, 2005). Neste caso, tais relatos revelam ainda uma espécie de metodologia para acesso ao conhecimento sobre os serviços: estar em contato direto com a problemática, fazer parcerias, se tornar parte do contexto estudado. Nesse processo, até mesmo o contato com as possibilidades de adoecimento psíquico se fez presente, na ansiedade dos prazos e metas, e na angústia do contato com a realidade política e fracasso da assistência integral idealizada.

Estes relatos contam, ainda, uma parte de minha inserção no campo-tema da saúde pública e da saúde mental. Peter Spink apresenta a noção de campo-tema, entendendo o campo de pesquisa não apenas como um lugar específico, mas como a situação atual de um assunto, a processualidade de significação de algum tema, que é um universo conflituoso, de múltiplos sentidos e materialidades (P. K. Spink, 2003). Assim, ao refletir, conversar e relatar sobre algum tema, já estamos inseridas/os no seu campo. A partir disso, o autor propõe que pensemos, enquanto pesquisadoras/es, o que temos a ver com o campo-tema e qual é a nossa contribuição para ele, uma vez que, inseridas/os em diferentes campos-temas, fazemos parte das ações que os produzem e reproduzem.

A ideia de campo-tema atravessa toda a minha pesquisa. Desta apresentação, às considerações finais, deixei-me levar pela afetação de teóricos, textos, discursos, músicas, pessoas, eventos, processos políticos, mesas de bar, militância e pelo contato diário com a desigualdade social que atravessam e delineiam minha possibilidade de interlocução com o tema. Em um trabalho de investigação guiado pelo afeto, lancei-me ativamente nos espaços que julguei relevantes e a partir deles tive contato com leituras e ideias que estruturam esta tese, tendo a noção de construção social como forma de dar sentido aos acontecimentos do mundo, dentre eles, a essa pesquisa.

Falo disso com um propósito: o de desvelar a complexidade dos eventos, ao invés da sua naturalidade. Minhas escolhas de vida, não tão deliberadas assim, revelam um correr dos fatos com demandas bastante práticas. Não fiz essa pesquisa porque tive uma iluminação científica ou uma inspiração para fazer evoluir o cuidado em saúde mental. Não a fiz porque sempre sonhei em ser pesquisadora. Tampouco a fiz porque possuo um saber diferenciado e sou capaz de construir conhecimentos mais esclarecidos. Desenvolvi essa pesquisa porque assim a vida caminhou, porque minhas oportunidades sociais e econômicas assim me permitiram (e exigiram), porque encontrei parceiras e parceiros que também viram nesta empreitada um confluir de interesses, demandas, necessidades. E no meio de tudo isso, os afetos que nasceram e tornaram tudo melhor.

É nesse e desse complexo que sai a ciência. Não de uma revelação neutra, apresentada a pessoas mais merecedoras, porque mais inteligentes. Mas de um correr de eventos que levam uma pessoa como eu a desenvolver uma pesquisa e escrever uma tese que se propõe relevante para alguns problemas da sociedade na qual vivo.

Considero que cursar um doutorado é uma responsabilidade imensa com todas as pessoas e instituições que se envolveram e se comprometeram comigo para que isso fosse possível. Ainda mais em uma sociedade desigual como a nossa, na qual, estudando desde a educação básica em instituições públicas de ensino, vi diminuir o número de colegas negras/os da pré-escola ao doutorado, até chegar a zero, na medida em que via crescer e elitização das/os alunas/os em sala de aula, especialmente na universidade.

Assim, entendo que precisamos assumir a responsabilidade que temos com a sociedade brasileira que sustenta a formação de suas/seus cientistas e profissionais via educação pública. Espero poder dedicar meu trabalho (não só em tese) para a construção da sociedade igualitária e democrática que acho que merecemos. E espero que este texto, gerado e escrito ao longo desses anos, com tanto entusiasmo, possa ser um convite à aposta no potencial transformador dos encontros e das conversas.

Esta tese está organizada em oito capítulos. No capítulo 1, apresento a abordagem teórica e epistemológica tomada como guia para esta pesquisa. No capítulo

2, discorro sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, fazendo um breve resgate histórico e apresentando seus principais pilares, com destaque para a atenção psicossocial. No capítulo 3, o cuidado às famílias como uma tecnologia leve, parte do cuidado às/aos usuárias/os dos serviços de saúde mental é apresentado. No capítulo 4, apresento a Política de Educação Permanente em Saúde e sua relevância para a transformação das práticas em saúde mental. No capítulo 5, delineio a justificativa deste trabalho, retomando as ideias apresentadas nos capítulos precedentes, que colocam a Educação Permanente em Saúde como caminho para efetivação do cuidado às famílias em saúde mental. No capítulo 6, apresento detalhadamente todos os passos da pesquisa que me permitiram construir os resultados propostos que, por sua vez, estão sistematizados no capítulo 7. E por fim, no capítulo 8, faço as considerações finais do trabalho.

1 GUIA TEÓRICO E EPISTEMOLÓGICO

De linguagens somos feitos
E, por elas, desconstruídos
Reinventados ou destituídos
Da condição de sermos livres.
(Lima, 2016, p. 17)

Esta pesquisa tem caráter qualitativo e foi orientada pela perspectiva construcionista social, que considera a linguagem como forma de ação social e se interessa pelos processos interacionais e dialógicos na produção do conhecimento. Nesse sentido, o construcionismo social é uma teoria que estuda o processo de produção de conhecimento, incluindo a criação de teorias explicativas sobre o mundo, criando, por sua vez, explicações e conceituações sobre esse processo. Assim, é uma teoria e uma metateoria, ao mesmo tempo (Guanaes, 2006).

O construcionismo social emergiu como uma proposição teórica estruturada em Psicologia na década de 70. No campo científico, se configurou como uma proposta distinta a partir de algumas influências importantes da teoria crítica, da crítica retórico-literária e da crítica social, que são explicadas detalhadamente por Gergen (1994). De maneira resumida, da teoria crítica, o construcionismo herdou a crítica ideológica, a partir da análise dos processos morais e econômicos envolvidos nas práticas culturais e científicas, que determinam seu compromisso com grupos sociais específicos, na configuração da realidade. A partir disso, a linguagem deixa de ser considerada um veículo para descoberta da verdade. Da crítica retórico-literária o construcionismo absorve a noção de que a linguagem é a base de construção da realidade. De acordo com a crítica retórico-literária, na medida em que uma descrição ou explicação é delimitada pelas regras literárias, o objeto a ser descrito ou explicado falha em se mostrar de maneira independente da linguagem, perdendo assim seu status ontológico. Deste modo, a linguagem deixa de ser considerada como um espelho da realidade e a atenção desloca-se do “objeto de representação” para a linguagem em si. Já da crítica social, o construcionismo se apropria da noção de que as proposições teóricas têm contingências sociais, políticas e econômicas, sendo cultural e historicamente situadas. Com isso, a naturalização dos modos de vida, incluindo a desigualdade social e a ideia de transcendência da ciência, são colocadas em xeque (Gergen, 1994).

A partir desta breve contextualização de influências, tenho o intuito de mostrar que essas ideias já vinham promovendo mudanças paradigmáticas importantes, especialmente nas ciências humanas, construindo o terreno propício para que o construcionismo social emergisse como nova forma de inteligibilidade. Assim, e tal

como essas proposições teóricas afirmam, essa contextualização nos mostra que nenhuma proposição teórica e metodológica surge em um vácuo histórico e cultural.

1.1 O OLHAR CONSTRUCIONISTA SOCIAL PARA A CONSTRUÇÃO DA REALIDADE E DA CIÊNCIA

O construcionismo social propõe que, ao nos dedicarmos em explicar qualquer fenômeno ou objeto, entramos no mundo do discurso. O processo de construção de conhecimento se dá entrelaçado aos processos de intercâmbio social, contextualizados histórica e culturalmente. Quando estes processos são colocados em ação, eles operam por meio da reificação da linguagem, isto é, constroem o poder realista da linguagem. A partir disso, o construcionismo não faz afirmações ou negações sobre a ontologia das coisas. Gergen (1994) propôs que o construcionismo seria “ontologicamente mudo”, contudo, Shotter (2011), a partir dos textos de Gergen, considera que trata-se de uma ontologia relacional, o que significa que a realidade se faz possível a partir do nosso engajamento em relações e, a partir delas, em práticas discursivas (Gergen, 1994; Guanaes-Lorenzi, 2014; Shotter, 2000, 2011).

Gergen e Shotter fazem explicações para o processo relacional de construção da realidade. Primeiro, esclarecem que os enunciados de uma pessoa não têm significado em si mesmos. A partir disso, os significados ou os potenciais para significação, dependem do que Gergen (1994) chama de ação suplementar, que responde a uma enunciação. Shotter (2000), de maneira semelhante, afirma que o significado não provém de um processo de ação e reação, mas da “ação conjunta”.

O processo de suplementação tanto aumenta quanto cerceia os potenciais de significação e o suplemento, ou ação suplementar, uma vez feito, também se torna dependente de outra suplementação e assim por diante. A partir desse processo contínuo de suplementação, os significados estão sujeitos a modificação constante, isto é, eles podem ser transformados a cada suplementação. Na medida em que os significados são coordenados, ordenados e repetidos, as ontologias são desenvolvidas, ou seja, alguns entendimentos são sedimentados culturalmente, ganhando status de realidade. Com o estabelecimento de consensos, forma-se a base tanto para o entendimento quanto para os desentendimentos.

Shotter (2000) considera que a ação conjunta produz resultados não esperados e não intencionados por cada um/a dos/as envolvidos/as na conversação, e estes resultados formam o que consideramos como externos a nós, como natural. A partir disso, os/as participantes se vêm imersos numa situação “dada”, que constitui o que

chamamos de macroestrutura social, mas sempre com um horizonte aberto às suas ações, no âmbito microssocial.

Partindo dessa consideração de que em nossas interações cotidianas com as pessoas nós construímos as realidades conversacionais nas quais vivemos, o construcionismo social estuda o que as pessoas fazem juntas em seus processos comunicacionais e o que suas ações promovem enquanto formas de vida (Gergen, 1985; McNamee, 2010).

A partir disso, Gergen delimita alguns princípios fundamentais para uma ciência construcionista social:

Os termos que utilizamos para descrever o mundo não são determinados pelos objetos dessas descrições (...). Os termos e formas pelos quais atingimos o entendimento do mundo e de nós mesmos são artefatos sociais, produtos de trocas entre as pessoas, situadas histórica e culturalmente; (...) O grau em que uma dada descrição do mundo ou do self permanece ao longo do tempo não depende da validade objetiva da descrição, mas das vicissitudes do processo social; (...) A linguagem deriva seu significado das relações humanas, na medida em que funciona dentro de padrões de relacionamento; (...) Avaliar formas existentes de discurso é avaliar padrões da vida cultural¹. (Gergen, 1994, p. 49–54).

São características centrais de uma investigação construcionista: o reconhecimento da interdependência entre sujeito cognoscente e o objeto conhecido; a valorização do conhecimento como prática discursiva socialmente construída pelos diversos atores envolvidos; e a valorização do caráter local e situado do conhecimento e de sua utilidade na construção de possibilidades de ação e solução dos problemas (Gergen, 2015a; Japur, 2004; McNamee, 2010). Nesse sentido, o construcionismo social baseia-se em uma posição hermenêutica. A partir dela, o conhecimento é entendido como uma forma de dar sentido ao mundo, sentidos estes que são criados nos relacionamentos e nos diálogos em que as pessoas se engajam.

De maneira sintética, o conhecimento científico é concebido como um sistema linguístico, uma narrativa, construída a partir de interpretações situadas sócio-historicamente (Gergen, 2015a; Japur, 2004; McNamee, 2010). A partir disso, valoriza-se a reflexividade, a pluralidade, o contexto e a polissemia como promotoras de diferentes formas de pensar, estar e agir, que podem guiar a construção de sentidos que promovam futuros preferíveis.

No construcionismo não há verdade a ser alcançada por meio de um método específico e a orientação moral e ética é tomada como central para a prática científica, a partir da consideração de que diferentes saberes ocupam posições sociais mais ou

¹ Tradução livre feita pela autora, de trecho publicado, originalmente, em inglês.

menos privilegiadas, conferindo a eles maior ou menor legitimidade, nos diferentes contextos. Desta forma, as proposições teóricas e científicas são tomadas como narrativas que geram efeitos para o contexto social, isto é, a ciência é uma prática social. Não há distinção na consideração do efeito de uma enunciação prescritiva e uma descritiva, uma vez que o ato de nomear ou relatar constrói convites para diferentes formas de ação ou de estar no mundo. Em outras palavras, a noção de pesquisa como prática social nos convida a olhar para o modo como discursos afetam e delimitam a vida social e, assim, são considerados, eles mesmos, formas de ação social. Assim, os efeitos sociais ou a transformação social se tornam o objetivo principal das pesquisas. O foco deixa de ser representar ou descobrir a realidade como ela é para contribuir com a construção da realidade como a desejamos. E, com isso, os valores dos/as pesquisadores/as se tornam o fundamento de suas ações. (Gergen, 1985, 1994, 2015b; Rasera, Guanaes-Lorenzi, & Corradi-Webster, 2016).

A partir do construcionismo, não buscamos decifrar uma estrutura ou estabelecer um padrão explicativo sobre o tema pesquisado. Buscamos, na verdade, a desestabilização das explicações vividas como naturais e universais. O problema mais desafiador para uma pesquisa construcionista é localizar convenções que não são comumente reconhecidas como tais, sendo tomadas como naturais, e que são, de alguma forma, prejudiciais à sociedade, no intuito de problematizá-las e transformá-las. A pesquisa construcionista convida, assim, a um envolvimento político (Gergen, 1994).

Ademais, a análise construcionista, para se configurar como tal, realiza uma forma de “realismo seletivo” elegendo alguns “objetos” para análise. Deste modo, realizamos uma forma de “falseamento ontológico”, tomando como “reais” os temas que estudamos, com o objetivo de construir impacto retórico (Gergen, 1994). Assim o faço aqui com a EPS e o cuidado às famílias em saúde mental.

Isso ocorre porque, como estamos inevitavelmente inseridos nos acordos feitos por uma dada comunidade linguística, nós, inseridos na cultura ocidental do século XXI, não conseguimos nos colocar “fora” do discurso realista. Para isso, precisaríamos inventar um novo vocabulário que desse conta do caráter relacional e transitório dos fenômenos. O construcionismo, deste modo, propõe a assunção das escolhas realizadas na pesquisa como forma de construção da retórica almejada, o que é tomado como rigor metodológico nessa lógica de pensamento (Rasera et al., 2016; M. J. P. Spink & Lima, 2013).

Concluindo, as proposições científicas baseadas no construcionismo social, mesmo partindo da crítica e do reconhecimento das limitações do modo de se produzir

ciência, nunca são neutras (Gergen, 1994). Pelo contrário, as formulações científicas são tomadas como resultantes da responsabilidade das pessoas em trocas conversacionais e linguísticas, ativas e compartilhadas, ao invés de resultado da aplicação impessoal e descontextualizada de métodos e procedimentos (Gergen, 1985).

1.2 DA MENTE INDIVIDUAL ÀS PRÁTICAS DISCURSIVAS: O CONVITE CONSTRUCIONISTA SOCIAL À PSICOLOGIA

A noção de funcionamento psíquico individual é central na cultura ocidental contemporânea e base para a Psicologia e outras ciências “mentais”. Tal como faz com a noção de verdade, no campo científico, o construcionismo social problematiza a noção de “mente individual” no campo da Psicologia. A “mente individual”, assim, perde seu status ontológico, sendo as emoções, pensamentos, motivações, personalidades, intenções, memórias etc., examinados como construções contingentes à linguagem e às relações (Guanaes, 2006).

Essa noção é explorada por Gergen (1985), tomando como ponto de partida a questão filosófica primordial de qual é a fonte do conhecimento humano – tema base para a ideia de mente. Nessa tarefa, Gergen constrói um panorama analítico em que considera o embate clássico entre os empiricistas e os racionalistas.

Segundo o autor, essas explicações sobre a fonte do conhecimento humano podem ser divididas em “exógenas” e “endógenas”. A perspectiva exógena sugere que a fonte do conhecimento está na realidade externa, no mundo real. Assim, o conhecimento seria uma cópia, um reflexo ou uma representação deste real, que estaria no mundo externo. Já a perspectiva endógena coloca no organismo humano a fonte do conhecimento. Deste modo, o conhecimento seria produzido por processos inatos, característicos dos seres humanos, como pensamento, memória e processamento de informações. As perspectivas endógena e exógena configuram, então, um dualismo, mas não são excludentes, pois uma dá a base para a existência conceitual da outra (Gergen, 1985).

O construcionismo social, por sua vez, questiona o dualismo exógeno-endógeno, desafiando a noção de realidade independente e da linguagem como representação mental dessa realidade (Gergen, 1985). O conhecimento e a realidade deixam de ser investigados como tendo uma fonte e passam a ser considerados como processos de construção conjunta entre as pessoas, influenciados por questões sociais, culturais e históricas. A linguagem é, nesse ponto de vista, performática, construindo a realidade a partir dos seus diferentes usos e da legitimidade que vai recebendo, inserida nos

contextos sociais. Neste processo, noções de verdade, de self, de bem e mal, como exemplos, são construídas e constituem as organizações sociais, que por sua vez dão sustentabilidade às primeiras, num ciclo de sustentação mútua.

Em outras palavras, sob essa perspectiva, entendemos que construímos a realidade, bem como nosso self (nossa noção de eu), em nossas relações, por meio da linguagem. Assim, as experiências, as ideias, as lembranças, as emoções, as características psicológicas e a própria noção de funcionamento individual são co-construídas nas práticas sociais, moduladas pela linguagem, que ocorrem no intercâmbio entre as pessoas (Gergen, 2015a; Grandesso, 2000; Guanaes, 2006; Rasera, Guanaes, & Japur, 2004).

Bakhtin analisa a constituição do psiquismo pelos signos, que por sua vez tem sua origem nas relações sociais, mantendo com estas uma relação de mútua influência constituidora e transformadora. Nas palavras do autor “o organismo e o mundo encontram-se no signo” (2010, p. 50). Com isso, entretanto, o autor não está demarcando uma realidade psíquica individual. Pelo contrário, presume que o indivíduo, como autor de pensamentos, como *locus* de emoções e intenções, seria, na verdade, um produto socioideológico, a partir das relações estabelecidas com outros (Bakhtin, 2010).

Nesse sentido, todo o repertório de conceitos psicológicos é problematizado enquanto realidade ou reflexo de realidades internas. Os acordos profissionais, como crenças na normalidade e na patologia, são suspensos e analisados como prática discursiva, em sua performatividade. A explicação das ações humanas deixa de ser localizada no interior das mentes individuais para ser analisada nos processos interacionais entre as pessoas (Gergen, 1985; McNamee, 1996). Isso não significa que devemos abandonar o discurso psicológico. Pelo contrário, o valor do discurso psicológico não está em sua capacidade de refletir uma “verdade”, mas na sua capacidade de sustentar relacionamentos que podem gerar bem estar e cuidado, inclusão ou exclusão, negligência e mal estar, por exemplo (Gergen, 1994; Guanaes, 2006).

Desta forma, o construcionismo traz para a Psicologia proposições que podem ser entendidas como diretrizes éticas, balizadas pela abertura à negociação de sentidos preferíveis pelas pessoas envolvidas e pela reflexão crítica que nos convida a desnaturalizar as relações desiguais e os critérios de normalidade.

Esse aspecto é especialmente valorizado por mim, na delimitação do construcionismo social como lente epistemológica. A Psicologia, em sua origem, se configurou e se diferenciou como uma ciência comprometida com o bem-estar das

peças individuais. Em seu processo histórico, sabemos que, muitas vezes, o discurso do bem-estar foi utilizado para a exclusão, segregação, culpabilização e higienização da vida das pessoas, a partir de padrões de normalidade e do exercício da *expertise* de seus aplicadores (Bock, 1999). De modo a questionar esse processo, o construcionismo social traz para a Psicologia o compromisso com o respeito mútuo, com a alteridade e com a justiça.

A partir da apresentação das lentes teóricas e epistemológicas que me guiam na realização desta pesquisa, passarei para a apresentação da Reforma Psiquiátrica, considerando o contexto amplo das formas de se pensar e tratar a doença mental, dentre elas a proposição da Atenção Psicossocial.

2 LOUCURA, SAÚDE MENTAL E UTOPIA: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para depois da tempestade,
 Para um novo amor chegar.
 Para que entrem os insetos,
 Para aqui dentro desembolar.
 Para ver melhor a lua,
 Para a rua poder entrar.
 Para assistir ao beijo na esquina,
 Para a menina tomar um ar.
 Para quem curte o sol,
 Para quem quer se soltar,
 Para que as plantas todas,
 Aos poucos, possam se aproximar...
 Eu quero quebrar as paredes!
 (Trupe Chá de Boldo, 2010)

Aproximar-se do campo da saúde mental é entrar em contato com a doença mental. A noção básica de Psicopatologia é que a doença mental é algo inerente a todas/os nós: não há como prevê-la, nem evitá-la. Há sim, formas consideradas preventivas e de promoção da saúde mental, mas nada disso impede que a doença se dê, pois é um evento complexo e ligado a múltiplos fatores da vida. E não é preciso um olhar muito atento para perceber que a todo momento nos deparamos com ela: nas pessoas em situação de rua, nos perigos da rua, em nós, nos relatos de pessoas que adoeceram... A doença mental é tema de músicas, filmes, de conversas, de polêmicas, de páginas de jornal e de políticas públicas.

Diante disso, o contato com a saúde mental nos pede para ir além do biomédico, a tornar complexas também nossas noções e propostas de cuidado, abarcando não só abordagens psicossociais, mas também artes, música, política e qualquer proposição que enriqueça os sentidos sobre o fenômeno humano.

Já passava de meio dia no relógio da catedral, um ponto central da cidade de Ribeirão Preto. Impaciente, no ponto de ônibus, me distraio observando um homem que dirige um ônibus em volta da praça. Ao chegar no ponto, estaciona seu veículo na frente dos demais ônibus, pisando no freio, fazendo ruídos, olhando no retrovisor, esperando as pessoas subirem, para em seguida, partir novamente. Isso seria normal, se o ônibus dirigido por ele não fosse invisível. O “louco” faz toda essa *performance*, de maneira cômica! Não há como não rir de tudo aquilo. Ele imita cada som do motor do ônibus com perfeição. Move os braços para movimentar o “volante”. E tem a mesma cara séria dos motoristas reais, em trabalho. Mas, sua *performance* também gera

tensão, pois ele se posiciona entre os ônibus reais, que estão em movimento para estacionar, correndo o risco de ser atropelado. O que gera comoção nas pessoas: “Esse menino não é normal!”; “Outro dia ele cismou com a cara de uma mulher e xingou ela de tudo quanto é nome, coitada!”; “É, às vezes ele fica agressivo.”, sentidos que convidaram ao medo e ao distanciamento, interrompendo o caráter cômico da cena.

A cultura do medo da pessoa considerada doente mental está presente desde o período Clássico (Pessotti, 1994). Com isso, a partir do século XIX a doença mental é tomada como um acontecimento individual, havendo a culpabilização e punição da pessoa que a sofre, uma vez que sua vida fica restringida pelo diagnóstico.

A pessoa [com transtorno mental] não é mais uma pessoa, com história e circunstâncias, na qual a doença é uma circunstância e uma parte da história, jamais o todo. A pessoa deixa de ser uma pessoa para ser uma doença. Se há um histórico, é o de sua ficha médica, marcada por internações e medicamentos – ou a falta de um e de outro. Esvaziada de sua humanidade, o que diz é automaticamente descartado como sem substância. A doença mental, ao substituir a pessoa, explica também o crime. E, se não há sujeito, não é preciso nem pensar sobre os significados do crime, nem sobre o que diz aquele que o cometeu (Brum, 2014).

Neste trecho, Eliane Brum refere-se ao ocorrido em fevereiro de 2014, quando um homem, a saber-se depois, com diagnóstico de esquizofrenia, empurrou uma mulher nos trilhos do metrô, em São Paulo. “*O outro, qualquer outro, tornou-se inimigo e competidor por um lugar no trem que nos engole e nos cospe em seu vaivém automático*” – disse, sobre o contexto violento em que vivemos e que nos impede de ter relações afetuosas, acolhedoras e criativas, produzindo a loucura. Com essa leitura a respeito desse ato tão violento, Brum nos incita a pensar sobre nossas tão frágeis fronteiras entre normal e patológico, da nossa ilusão de proteção que só vemos ameaçada quando o perigo se materializa na presença de um outro tomado como diferente, a despeito dos nossos contextos sociais atuais, sempre cheios de pressa, veículos, medo, miséria, grades, lotação, competição...

Daí a importância de quebramos as paredes do manicômio e dos modos de vida marcados por ele, nas diferentes formas de cercear as possibilidades de vida. A música da banda Trupe Chá de Boldo, citada como epígrafe deste capítulo, exalta uma outra vida e arquitetura, sendo uma homenagem à Lina Bo Bardi, importante arquiteta brasileira que trouxe a poesia e a liberdade como inspiração para suas obras. Também tomando a arquitetura como inspiração, mas a partir de Oscar Niemeyer, Ernesto Venturini traz a ideia da curva para pensar a desinstitucionalização, opondo-a a ideia da linha reta e rígida, que simbolizaria o pensamento manicomial (Venturini, 2016). Assim, o convite é para libertarmo-nos, não só das barreiras físicas, tal como as dos manicômios, mas principalmente das paredes discursivas, formadas pelos sentidos que

convidam à vigilância e correção do que escapa à ordem e à normalidade, que excluem e promovem violência e modos de vida manicomiais.

Consoante com esses sentidos, configurou-se o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, concomitante ao movimento pela Reforma Sanitária. Esse movimento se materializou em um projeto de lei que foi apresentado à câmara em 1989, tramitando e sofrendo modificações por doze anos, até ser aprovado, instituindo a Lei 10.216, de 2001.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social, político e científico que prevê a transformação dos modos de lidar com o sofrimento mental. Propõe não só a substituição do modelo biomédico e do encarceramento, mas também a desconstrução da objetivação do fenômeno da loucura, acompanhada de tratamentos que priorizem as relações de cuidado, para a transformação cultural dos modos de sentir e viver (com) o fenômeno da loucura (Brasil, 2005b).

Contudo, mesmo após dezesseis anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a doença mental ainda assola e empobrece a vida das pessoas com seu diagnóstico. Isso porque as práticas de cuidado e os serviços que se estabeleceram, a partir do marco político da Reforma, não efetivaram, de maneira consistente, um cuidado substitutivo ao hospital. Diante disso, familiares reclamam, sentem-se abandonados. Se o enclausuramento é algo que compromete a ética da humanização, o cuidado comunitário que não se efetiva, soa antiético também.

Como militante pela Reforma Psiquiátrica, incomodo-me profundamente com uma lógica meramente tecnicista que tem atravessado a efetivação da Reforma, focada na modificação de nomenclaturas e serviços, sem a transformação de sentidos e práticas. Assim, deixa de promover a autonomia, o bem-estar e a liberdade, contribuindo para o empobrecimento das possibilidades de vida. Tal como Yasui, também assumo aqui uma postura de defesa de uma Reforma "forte", com "R" maiúsculo, não reformista apenas no sentido de mudança da organização de serviços, mas no sentido de transformação cultural e social profunda, que afetará as formas de cuidar (Yasui, 2010).

Em um contexto de manutenção e acirramento das desigualdades sociais, se torna difícil a efetivação da Reforma Psiquiátrica, se não pelo esvaziamento do seu sentido amplo e profundo. Em nosso país, a desigualdade é tamanha que a internação em hospitais psiquiátricos, algo que é considerado como um cerceamento fundamental do direito à liberdade, torna-se desejável por tantas usuárias e tantos usuários que, via internação, podem vir a ter acesso a outros direitos: o de ter um abrigo, o de comer, o de vestir. Num contexto de tamanha escassez e exclusão, a internação ganha *status* de

libertadora, porque protege dos perigos da rua – dentre eles, a polícia – pessoas que estão à margem dos chamados direitos universais. E esta constatação nos desenha um cenário ainda mais grave.

Amarante (2003), concebendo a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, elabora quatro dimensões para sua análise: dimensão jurídico-política, dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, dimensão técnico-assistencial e dimensão sociocultural. Considerando-as recursos úteis para organização dos referenciais a serem apresentados neste capítulo, na sequência da explicação de cada dimensão, conforme elaboradas por Amarante, desenvolvo uma exploração mais detalhada de cada uma delas, citando outros referenciais.

A dimensão **jurídico-política** inclui a análise do processo de constituição do campo da saúde mental como um campo de direitos, culminando na construção do aparato legal em torno da Reforma, que a transforma em política pública, embasada na Lei 10.216 de 2001, como já citei (Amarante, 2003). Este processo foi conduzido por muitas manifestações de trabalhadores, familiares e usuários, demandando respeito, liberdade e tratamento efetivo, em vez de exclusão. Relacionada à luta pela Reforma Sanitária, as mobilizações pela causa psiquiátrica envolviam um projeto de sociedade igualitária e plural, com justiça social, democracia e participação social. A saúde como direito fundamental, como sinônimo de democracia e caminho para a revolução social foi anunciada nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e nos Manifestos que precederam a instituição legal da Reforma Psiquiátrica (Yasui, 2010).

É importante salientar que a mobilização em torno das questões relacionadas à loucura e à saúde não se deu de maneira isolada no Brasil. Um processo mais amplo de luta por direitos, no contexto internacional, culminou na publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1945). Esta, por sua vez, influenciou vários movimentos posteriores que propunham críticas e transformações em torno das temáticas de saúde e assistência.

Nesse sentido, Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, configurou a chamada Psiquiatria Democrática. A Psiquiatria Democrática foi um movimento iniciado na década de 60 e se baseava na ideia de que os manicômios seriam instituições criadas para dar conta dos trabalhadores que tivessem perdido a capacidade de trabalho e, assim, o seu valor no sistema capitalista. Este movimento reordenou a assistência italiana, tendo a desinstitucionalização e a inclusão social dos pacientes como ponto de partida. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a proposta basagliana como referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental e em 1978 foi aprovada a lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (Machado, 2005).

O modelo italiano influenciou fortemente a proposta de Reforma apresentada por Paulo Delgado em 1989, após uma visita de Basaglia ao Brasil.

Outro evento importante que se liga ao movimento pela Reforma Psiquiátrica foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, no Cazaquistão, que gerou a Declaração de Alma-Ata, um marco da Atenção Primária em Saúde. A declaração se baseia no conceito ampliado de saúde, definida como bem-estar físico, mental e social, sendo os processos de saúde e de adoecimento entendidos como fenômenos complexos que envolvem o sujeito, seu entorno social, seu contexto de vida, seu modo de trabalho, sua inserção socioeconômica etc. (Brasil, 2009b). A Declaração de Alma-Ata, pautando a saúde como direito fundamental, disparou o processo de transformação das concepções de saúde e assistência no Brasil, direcionando os caminhos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e pode ser considerada um marco também para o conceito e política de atenção psicossocial. Este processo, em conjunto com o movimento pela reforma política no país, culminou na promulgação da Constituição Federal, em 1988, formando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2009b; *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, 1988; Mendes, 1996; S. F. da Silva, 2009).

A Lei 10.216 de 2001, como já foi dito, levou doze anos para ser aprovada. Neste percurso de tramitações e disputas políticas, o projeto original foi modificado e aprovado sem a previsão de substituição total dos hospitais psiquiátricos, como ocorreu na Itália. Pactuou-se a redução de leitos, com prioridade da manutenção de um número mínimo destes em hospitais gerais, com estabelecimento de prazos e metas para o fechamento dos manicômios e construção da rede substitutiva ao hospital, para tratamento das pessoas que receberam diagnóstico de transtornos mentais (Brasil, 2005b; Pitta, 2011). No entanto, o que tivemos foi o privilegiar do aparato técnico-assistencial (conceito que explicaremos mais detalhadamente adiante) em detrimento da transformação global proposta pela Reforma. Ou, como já foi dito, uma reforma com “r” minúsculo, esvaziada de compromisso social, que não dá conta de toda a transformação sociocultural que a Reforma Psiquiátrica prevê.

Voltando às quatro dimensões propostas por Amarante (2003), nos dedicamos, agora, à consideração da **dimensão teórico-conceitual ou epistemológica**, que nos conduz à compreensão de como se deu a mudança no modo de conceber saúde e adoecimento mental, que culminou na proposição de uma Reforma Psiquiátrica.

Inserido nessa dimensão temos um embate com relação à construção do que é o problema quando pensamos no processo saúde-doença mental, uma vez que essas concepções guiam as proposições de tratamento e intervenções. De um lado, a aposta

na ciência neutra e objetiva, como forma de diagnosticar e tratar as doenças mentais; de outro lado, uma visão antropológica e cultural, que analisa a produção da doença relacionada ao nosso modo de vida contemporâneo, tomado como propício ao adoecimento e à produção de relações de exclusão e hierarquia.

No Brasil, o tratamento em saúde mental começou a ser estruturado a partir do século XX, quando os transtornos mentais foram assim nomeados, se tornando uma questão médica e hospitalar. Antes disso, os desvios de comportamento eram tratados como questões religiosas ou policiais (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006; Desviat, 2011; Pessotti, 1994).

Isso nos diz que o adoecimento psíquico é produto social não só em sua “causalidade” – sendo a doença influenciada pelas relações e condições sociais da pessoa doente – mas também em sua formatação e conceituação. Nomeamos o que hoje chamamos de doença mental de diferentes formas ao longo da história da humanidade (Pessotti, 1994), sentidos que compõem as produções culturais mais remotas, mas que se fazem presente como formas possíveis de significação ainda hoje – conforme nos assinala M. J. P. Spink (2003) sobre a circulação dos saberes e práticas na sociedade. Considerar as questões psíquicas como campo de atuação policial ou religiosa, como exemplo, não é algo que ficou no século XIX, mas que vemos permear nossas práticas e relações cotidianamente. Um exemplo disso se dá em algumas políticas públicas recentes e nas conversas cotidianas sobre pessoas usuárias de crack e em situação de rua, para as quais as internações compulsórias em instituições religiosas se tornaram “a solução” considerada adequada.

Essa análise social da produção do processo de saúde e doença favorece a desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria. Desnaturalizá-los implica não em uma modificação das respostas para os mesmos problemas, mas em uma outra construção de problemas e explicações (Amarante, 2003).

A partir do Iluminismo e Capitalismo, a concepção de doença mental ganhou status de verdade científica, na lógica positivista, apesar de os esforços de localização anatômica da doença no corpo nunca terem alcançado êxito. Essa ausência de “prova” física da doença mental marca uma diferença entre a psiquiatria e outras especialidades médicas, sem, contudo, significar a diminuição do poder médico no assunto e sua condução (Whitaker, 2017; Yasui, 2010).

Além disso, o desenvolvimento farmacológico e das neurociências, no século XX, trouxe consigo a renovação da crença no cientificismo da psiquiatria, a partir da identificação de neurotransmissores e substâncias envolvidas nos processos de sofrimento mental. Essas “descobertas” têm contribuído ainda mais para a objetivação

do fenômeno da loucura como algo neutro e padronizável. Isso se traduz, na prática, na busca pela rápida supressão dos sintomas, com o uso prioritário de psicofármacos, cuja iatrogenia tem sido apontada como mais grave que os próprios sintomas dos transtornos psiquiátricos (Olson, 2015; Whitaker, 2017; Yasui, 2010).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), desvalorizando as produções das ciências humanas e sociais, defende que a prática em saúde mental deve se basear em metodologia científica reconhecida e comprovada, acusando os profissionais militantes da Reforma Psiquiátrica, que advogam pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos, de negligenciarem o adoecimento psíquico, considerando-o “apenas” como uma situação social. Afirma que “a prática psiquiátrica deriva de resultados e de conhecimentos científicos que foram se construindo na base de estudos científicos rigorosos” e que “estes estudos científicos rigorosos contrastam e se opõem a interpretações discursivas e impressionistas dos fenômenos psíquicos e dos problemas do funcionamento mental” (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006, p. 7).

Consoante com este pensamento, atualmente temos a elaboração de manuais de diagnósticos (DSMs), bem como de novos fármacos, que colocam os transtornos cada vez mais no âmbito biológico, o que pode contribuir para a deslegitimação da “clínica ampliada” e dos aspectos sociais e idiossincráticos no tratamento, em favor do mercado de medicamentos. Esse processo é chamado por Desviat de “biologismo” e de medicalização da vida, ameaçando a Reforma Psiquiátrica (Desviat, 2011).

Gama defende que a doença é sempre uma produção humana, uma experiência antropológica, pois sua descrição, explicação de origens e tratamentos configuram uma narrativa que só faz sentido em uma determinada comunidade e contexto histórico (Gama, 2012). Assim, o que é normal e o que é patológico são definições baseadas em acordos linguísticos que guardam propósitos práticos de grupos culturais específicos. O autor conclui que, para manter o campo da saúde mental aberto à investigação, é necessário tolerar a ambiguidade e a incerteza, bem como tentar integrar dialeticamente os referentes de cada teoria, empregando uma variada rede conceitual, para dar conta de eventos singulares, que são complexos.

Como vemos, os diferentes discursos (médicos, sociais ou psicológicos) são produtos de diferentes inteligibilidades, que produzem diferentes etiologias e práticas. Desta forma, aposto no convite a analisar os efeitos destes discursos na configuração de possibilidades de vida. Já vimos, no capítulo 1, que o construcionismo social problematiza os conceitos psicológicos como realidades ou reflexos de realidades internas. Assim, os conceitos e diagnósticos psiquiátricos são analisados a partir dos

efeitos que eles geram para a vida das pessoas envolvidas, entendendo que a linguagem sustenta algumas formas de viver e limita a emergência de outras (Gergen, 1994).

Um efeito importante do uso dos termos que configuram a patologia mental, é que eles, comumente, colocam o problema como dominante na vida da pessoa, ao invés de circunscrito no tempo e em um ou alguns âmbitos de sua vida (Baker, 1995; Gergen, McNamee, & Barrett, 2001; Seikkula et al., 2006). Ocorre, então, uma debilitação geral da pessoa e do seu senso de eu, contribuindo para a dependência da pessoa em relação ao tratamento e ao saber especializado.

Neste momento histórico em que a concepção de ser humano está calcada na ideia de indivíduos autocentrados, com seus atributos psicológicos localizados internamente, a doença mental também é localizada no indivíduo e tratada como uma posse individual. Diferentemente disso, a perspectiva construcionista social entende que a noção de funcionamento psicológico e de doença mental estão intrinsecamente ligadas ao contexto cultural contemporâneo. Isto é, a doença não existe como uma realidade independente da cultura e das relações sociais. O convite lançado é, então, para olharmos criticamente para nossas ações, tendo em mente quais possibilidades de vida estamos promovendo com nossas práticas de cuidado e quais estamos silenciando.

Isso significa que lutar pela melhoria dos processos de cuidado em saúde mental envolve uma reflexão profunda sobre as noções de ser humano, de sociedade, de saúde, de adoecimento e de tratamento que orientam e embasam nossas práticas. Envolve ainda a consideração dos significados compartilhados e da construção conjunta dessas ações com as pessoas envolvidas em nossos atos de cuidado, sob o risco de, no propósito de cuidar e libertar, produzirmos ações que geram, ao contrário, o descontentamento e a exclusão.

A Reforma Psiquiátrica “forte” ou com “R” maiúsculo, elegendo como objeto a complexidade da existência e sofrimento humanos, se sustenta na atenção psicossocial, abordada a partir da transdisciplinaridade, com práticas inventivas, diversas e realizadas em coletivo, contando com o trabalho em rede e intersetorial, com vistas à inclusão, à solidariedade e à transformação social (Lancetti, 2014; Yasui, 2010).

Neste momento, contudo, como é característico do social e sua complexidade, os diversos sentidos sobre as explicações, argumentos, objetivos e intervenções que compõem o campo da saúde mental, se fazem presentes no cotidiano das nossas práticas de cuidado.

Nesse sentido, caminhando na explicação da terceira dimensão de análise da Reforma Psiquiátrica, proposta por Amarante (2003), chego à **dimensão tecno-**

assistencial, que diz da transformação ou criação de serviços e práticas de cuidado, relacionadas à transformação nas dimensões jurídico-política e epistemológica.

A partir do marco legal da Reforma, especialmente, algumas ações e serviços foram instituídos. Foram desenvolvidos programas como o “Volta pra Casa” e os Serviços Residenciais Terapêuticos para viabilizar a desinstitucionalização de pacientes moradoras/es de hospitais psiquiátricos; foi proposto o apoio matricial para as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que fizessem o acompanhamento de casos da saúde mental no próprio território; além de programas de inclusão pelo trabalho e Centros de Convivência e Cultura, para promoverem a socialização das/os usuáries dos serviços (Brasil, 2005b). Entretanto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os serviços centrais dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica, pois se configuram no *lôcus* da desinstitucionalização hospitalar.

Os CAPS foram instituídos e regulamentados pela Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), com o intuito de realizarem o cuidado em saúde mental sem afastar a pessoa considerada doente do convívio social. As ações que devem ser realizadas nos CAPS incluem atendimento individual, grupal e familiar, oficinas terapêuticas, atividades de integração do paciente com a comunidade, organização da rede de cuidados e apoio matricial às equipes da ESF (Brasil, 2005b).

Yasui (2006) defende que os CAPS sejam entendidos como estratégia de constituição da política de atenção em saúde mental, a partir da sua função de construção e articulação da rede de atenção. Nesse sentido, Lancetti (2014) afirma que o trabalho nos CAPS demanda “mergulho nas águas da complexidade” (p. 52). Com isso, os autores ressaltam que a efetivação da Reforma Psiquiátrica não se dará pela simples transformação ou criação de serviços. A Reforma Psiquiátrica demanda muito mais: Demanda a prática baseada em princípios que promovam autonomia, demanda a compreensão da Reforma como a produção de atos de cuidar, sendo o cuidado entendido como uma dimensão da vida efetivada no encontro (Yasui, 2010). Segundo Merhy (2002, p. 117), o objeto do campo da saúde “não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde”.

Cuidar significa se ocupar, se preocupar, se envolver com o outro (Yasui, 2006). Todavia, o autor resalta que em muitos serviços substitutivos, podemos encontrar a lógica burocrática atravessando o cuidado e transformando-o em prescrições sem vínculo, baseadas na mesma lógica médico-centrada e medicamentosa que havia no hospital.

Nessa lógica, mesmo as atividades não médico-centradas, como as oficinas, por exemplo, adquirem um tom normatizador, moralizante, produzindo ações repetitivas, sem sentido para os pacientes e desconsiderando o território onde se insere o serviço (Lancetti, 2014). A lógica burocrática é manicomial, tal como os manicômios, ao passo que Yasui (2010) propõe que “o cuidado deve nortear-se pela justa medida de uma ética solidária” (p. 115). Isso significa atenção e respeito, no limite entre cuidado e tutela, de modo que o cuidar seja suficiente, mas também promova autonomia. Ao mesmo tempo, seja um cuidar que não se imponha, havendo a legitimação do outro como autônomo para, inclusive, recusar o cuidado. Essa é a lógica da atenção psicossocial, segundo Yasui.

Para dar conta do cuidado psicossocial, em 2011, foi elaborada a Portaria 3.088, pelo Ministério da Saúde, regulamentando a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011). A RAPS tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, com promoção da autonomia, liberdade, inclusão social e cidadania; o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e promoção da equidade; o oferecimento de um cuidado integral, interdisciplinar e humanizado, com garantia de acesso e qualidade (Brasil, 2011). A RAPS inclui, além dos CAPS, as equipes de ESF, serviços de urgência para estabilização, Serviços Residenciais Terapêuticos e casas de acolhimento provisório, além de centros de convivência e de promoção da inclusão pelo trabalho. De maneira polêmica, as comunidades terapêuticas, instituições totais e manicomiais, também estão incluídas na proposta da RAPS, por mais que pesquisadores e militantes tenham se dedicado a denunciar a inefetividade e, em muitos casos, maus tratos promovidos por essas instituições (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

Ainda em 2011, após dez anos da homologação da lei 10.216/2001, Pitta afirmou que avançáramos muito nas prescrições e diretrizes, mas que estas não haviam se feito presentes no cotidiano dos serviços (Pitta, 2011). Segundo Gama, a Reforma psiquiátrica tem recebido várias críticas, dentre elas a lentidão do seu processo de efetivação e a insuficiência técnica dos serviços substitutivos (Gama, 2012). Mateus e Mari (2013) identificam como a origem de alguns destes problemas a não reversão das verbas, antes destinadas aos serviços hospitalares, para os serviços substitutivos, conforme prevê a lei.

Desviat (2011) aponta, ainda, que há um descompasso entre a formação e os contextos de atuação das/os profissionais, já que os currículos de formação estão desconectados com o modelo comunitário, dificultando o compromisso das/os profissionais com os princípios da Reforma. De modo geral, a necessidade de melhoria

da cobertura pelos serviços substitutivos e de um preparo profissional adequado à atenção psicossocial são aspectos identificados por Desviat (2011) e Pitta (2011) como necessários para a efetivação da Reforma.

No contexto internacional, temos importantes exemplos de como coordenar a dimensão tecno-assistencial à uma epistemologia social e relacional da doença mental, promovendo cuidado de forma conectada à vida social, evitando a hospitalização e o uso predominante de psicotrópicos (Baker, 1995; Ness, Borg, Semb, & Karlsson, 2014; Romme & Escher, 1989; Seikkula et al., 2006; Topor et al., 2006). Destacamos, aqui, o movimento “*Hearing Voices*” e a proposta “*Open Dialogues*”.

O movimento “*Hearing Voices*” (Ouidores de Vozes), surgido no Reino Unido, propõe uma perspectiva de não patologização das experiências de ouvir vozes, ter visões ou percepções não compartilhadas pela maioria das pessoas. Com isso, tem como base de sua ação a aceitação e a valorização do significado que os/as ouvidores/as de vozes dão às suas vivências, entendendo que esses significados os/as permitem viver melhor do que o faz o aparato biomédico. Dessa forma, reconfigura-se, ainda, o papel dos/as profissionais de saúde mental, que se tornam mais um/a agente na rede de ajuda, equiparado/a a outras pessoas ouvidoras de vozes, que são consideradas especialistas pela experiência de ouvir vozes. E essa ajuda se dá não no sentido de supressão das vozes, mas no sentido de promover a comunicação da pessoa com suas vozes, de modo que possa criar satisfatórias formas de vida, no convívio com elas (Baker, 1995; Romme & Escher, 1989).

A proposta “*Open Dialogues*” (Diálogos Abertos), desenvolvida na Finlândia, se baseia na promoção do cuidado a partir da rede pessoal de suporte do/a paciente. Dessa forma, quando do recebimento de uma demanda de cuidado para um/a paciente em crise, uma equipe multidisciplinar, no prazo máximo de 24 horas, inicia uma série de reuniões de diálogo envolvendo o/a próprio/a paciente, sua família e outras pessoas de sua rede social que são tomadas como parceiras no processo de recuperação. Essa equipe se propõe a ser móvel, indo ao encontro do/a paciente no local referido como mais confortável ou adequado por ele/a e sua família. Assim, em conjunto e de forma corresponsável, essas pessoas constroem e executam o plano de cuidado com o/a paciente, decidindo, inclusive, sobre a administração ou não de medicamentos. Baseada prioritariamente no dialogismo, na transparência e na tolerância à incerteza, essa intervenção busca, primeiramente, a promoção do diálogo pois, por meio dele, pacientes e familiares podem aumentar seu senso de autonomia, construindo novas possibilidades para si (Olson, 2015; Seikkula et al., 2006).

A quarta e última dimensão para análise da Reforma Psiquiátrica, proposta por Amarante (2003), é a **sociocultural**, que diz da transformação dos modos de se conceber e lidar com a loucura, a partir de uma ressignificação da ordem social e suas relações, para que a loucura possa fazer parte da vida de maneira legítima, e não com um espaço concedido para algo errado que é tolerado. Mais do que tolerar, a dimensão sociocultural prevê outra sociedade, não regida por valores de consumo e de competência para o mercado, onde a diferença possa ser entendida em sua potência para a experiência da alteridade.

Nesse sentido, essa dimensão é a que mais nos convida à ideia de utopia, que subjaz à Reforma Psiquiátrica. Não a utopia dos sonhos ideais e irrealizáveis, mas a utopia como “constante experimentação de novas maneiras para aperfeiçoar uma realidade imperfeita”² (Niman, 2011, p. 203). Ou, nas palavras de Boaventura Santos, a utopia como formulação de “necessidades radicais” (Santos, 2013, p. 138).

A utopia coloca demandas que não podem ser expressas, ao menos imediatamente, na forma prática que as políticas públicas demandam. Porém, isso não significa que sejam impossíveis de serem efetivadas, nas disputas micropolíticas cotidianas de sentido e poder. Desta maneira, as utopias são o motor dos processos sociais complexos, pois alimentam a contínua transformação da realidade para uma situação melhor.

Por outro lado, no âmbito macrossocial, supor que uma política pública como a Reforma Psiquiátrica, inserida numa organização social orientada pelo capitalismo, seja capaz de alterar o sistema e ser efetivada, se configura como uma utopia ingênua (Caldas, 2015). Isso ocorre porque, inserida neste cenário, a saúde se torna, necessariamente, uma mercadoria. Mesmo que tivéssemos um SUS totalmente público, sem o investimento do capital privado, ainda sofreriamos com o financiamento insuficiente, uma vez que o Estado se orienta para atender às demandas de uma ordem capitalista. Disso deriva a noção de reformismo, como algo feito para silenciar temporariamente reivindicações, sem, contudo, alterar a lógica produtora dos problemas sociais.

No caso da Reforma Psiquiátrica em sentido “forte”, contrário ao reformismo, nas palavras de Yasui, retomando Sérgio Arouca, ela se configura em um processo civilizatório, sendo um *ethos*, não só um *locus*, uma vez que se orienta pela construção

² Tradução livre, feita pela autora, a partir do texto original, em inglês: “perpetually exploring new ways to perfect an imperfect reality”.

do que é o bem comum (Yasui, 2010). A construção de um regime democrático depende de um horizonte ético, caso contrário pode vir a significar meramente o desejo de uma maioria que se volta à exclusão das minorias. Democracia tem a ver com o bem comum, isto é, com o que vai propiciar a possibilidade de bem-estar para todas e todos. Por isso defendermos que a saúde é um bem comum e não deveria ser uma mercadoria. Por isso defendermos o projeto da Reforma Psiquiátrica.

3 O CUIDADO A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Família, família
Papai, mamãe, titia
Família, família

Almoça junto todo dia
Nunca perde essa mania
Mas quando a filha quer fugir de casa
Precisa descolar um ganha pão
Filha de família se não casa
Papai, mamãe não dão nenhum tostão (...)
(Titãs, 1986)

Conforme vimos, o enfoque psicossocial no campo da saúde mental traz implicações importantes para profissionais, usuários e famílias, uma vez que estas passam a ser reconhecidas como participantes no processo de tratamento e necessárias para o processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica (Mello, 2005; Randemark, Jorge, & Queiroz, 2004; Souza & Scatena, 2005; Vianna, Xavier, Teixeira, Vilaça, & Silva, 2009).

A noção de família oficializada nas publicações da saúde mental é a de rede afetiva do paciente, não se limitando a laços consanguíneos e não tendo uma configuração pré-estabelecida. A família é tomada, então, como um grupo que, a partir de suas relações, compartilha e co-constrói significados para suas experiências de vida (Colvero, Ide, & Rolim, 2004; Moreno, 2010). Contudo, apesar desta definição que acolhe diferentes arranjos afetivos, os familiares consanguíneos ou os assim juridicamente nomeados se configuram nos atores legalmente responsáveis pelos seus membros (*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, 1988).

São vários os sentidos de família compartilhados socialmente e valorizados pelos discursos científico e jurídico. Se por um lado temos a obrigação de cuidado como um repertório embutido na ideia de relações familiares, por outro temos também a família como fonte incondicional de amor. Ao mesmo tempo em que temos sentidos de família que priorizam os laços sentimentais, desafiando a noção de hereditariedade como principal vínculo, temos os sentidos que nos dizem do quão problemática é a falta do cuidado materno e/ou paterno, construindo uma noção de que a família consanguínea é essencial para a formação emocional de uma pessoa. E por mais que encontremos cotidianamente diversos modos de se vivenciar e se configurar relações familiares, permanece fortemente em nosso imaginário cultural a ideia de família nuclear, moralmente organizada em relações heterossexuais e papéis de gênero determinados

(Guanaes & Mattos, 2011; Menezes & Guanaes-Lorenzi, 2016), como a famosa música da banda Titãs, citada como epígrafe deste capítulo, ironiza.

Assim, alguns sentidos sobre família são mais legitimados do que outros, na medida em que são reificados pela ciência, pela legislação ou pela tradição cultural. No campo da Psicologia, a família foi colocada como um objeto de análise e intervenção a partir dos anos 50. Tradicionalmente, as teorias psicológicas que tratam da família a descrevem como uma realidade independente, como um "fato objetificado", usando as palavras de Martins, McNamee e Guanaes-Lorenzi (2014 p. 622).

M. R. de M. Campos e Matta (2007) e Martins, McNamee e Guanaes-Lorenzi (2014) desconstróem a ideia comum de família como um dado natural e a-histórico, com uma estrutura fixa, demonstrando, ao contrário, que trata-se de uma construção social.

A partir de uma análise histórica, M. R. de M. Campos e Matta (2007) mostram como as noções e configurações de família variaram ao longo dos séculos, atendendo a objetivos sociais específicos, dando enfoque especial ao surgimento e transformações das noções de público e privado, de individualidade, de intimidade e de afeto familiar. Deste modo, nos mostram como a família se tornou meio privilegiado para o governo da população, mas nos convidam a considerar o aspecto ético do trabalho junto às famílias, no contexto das políticas públicas.

Martins, McNamee e Guanaes-Lorenzi (2014), a partir de uma análise construcionista social, propõem que a ideia de família é uma realização discursiva, sendo delimitada a partir das diferentes formas que as pessoas, em interação, utilizam para descreverem-na. Como esse, outros estudos construcionistas nos convidam a examinar não apenas os diferentes sentidos de família, mas a utilidade desses sentidos para cada arranjo de pessoas, para cada contexto e para cada propósito. Além disso, nos convidam a considerar que falar sobre família desta ou daquela forma se configura na delimitação das possibilidades de sua existência (Guanaes & Mattos, 2011; Martins, 2013; Menezes & Guanaes-Lorenzi, 2016).

Com isso, esses estudos ressaltam as potencialidades de uma postura aberta às diferentes possibilidades de significação do que é família e das relações ditas familiares, nos permitindo compreender seu funcionamento na realidade situada de cada arranjo relacional, bem como contribuir para a construção de modos de vida mais satisfatórios para as pessoas envolvidas.

Num movimento semelhante, mas especificamente na busca pela potencialidade do uso do conceito de família como aporte para as políticas públicas, Lancetti afirma que não se trata de “defender um tipo de vida familiar moralista ou burguesa, mas ativar

o comum” (2014, p. 96). Dessa maneira, o autor nos incita a considerar a construção de redes de cuidado e solidariedade como o centro das políticas públicas voltadas às famílias.

Com relação à política de saúde mental, várias/os estudiosas/os se debruçaram sobre a questão da família no processo de cuidado. Elas/es afirmam que, por muito tempo, a família se fez relevante no cuidado por ser considerada a causadora dos transtornos psiquiátricos e/ou por ser dificultadora dos processos de cuidado, o que denominam de “culpabilização da família”. Ao contrário disso, as/os autoras/es citados aqui destacam que o adoecimento mental crônico de um membro gera consequências sérias para sua rede familiar, que vão desde a questão financeira até problemas de saúde físicos e/ou psicológicos, e afirmam a necessidade de cuidado a ela (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008; Colvero et al., 2004; Melman, 2001; Sales, Schuhli, Santos, Waidman, & Marcon, 2010).

Isto posto, há uma mudança na forma de considerar a família do/a usuário/a dos serviços de saúde mental, de tal ordem que Campos sugere que definamos outra diretriz para o sistema público ao se pensar na população alvo dos serviços de saúde mental, incluindo os familiares das/os usuários destes serviços (R. O. Campos, 2001).

A partir disso, as/os autoras/es têm se debruçado sobre a questão da participação da família nos processos de cuidado, destacando sua importância e suas dificuldades. Elas/es chamam a atenção para a diferença entre o que é preconizado pela literatura e o que de fato acontece nos serviços de saúde em termos de cuidado à família (Cavalheri, 2010; Colvero et al., 2004; Melman, 2001; Mielke, Kohlrausch, Olschowsky, & Schneider, 2010; Pinho, Hernández, & Kantorski, 2010; Souza & Scatena, 2005; Waidman & Elsen, 2008).

Alguns estudos apontam que, a depender do modo como a família é incluída no processo de tratamento, as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica podem significar, ao invés de empoderamento e inclusão social, o sentimento de abandono e desamparo. Em outras palavras, quando a família não é cuidada de maneira adequada, a Reforma pode ser significada como apenas a “devolução” da/o doente a ela (Colvero et al., 2004; Mello, 2005; Randemark et al., 2004; Vianna et al., 2009).

Nesse sentido, e em diálogo com a proposta de Martins, McNamee e Guanaes-Lorenzi (2014), Souza e Scatena (2005) destacam que a forma como as/os profissionais dão sentido às famílias das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais influencia na possibilidade de cuidado a ser oferecido a elas. Alguns desses sentidos contribuem para reforçar a exclusão da/o usuária/o e da sua família – como fazem os repertórios da família produtora de maus-tratos e da família desequilibrada – enquanto outros

aproximam as/os profissionais das mesmas, abrindo a possibilidade para uma parceria efetiva – como fazem os repertórios da família como motivadora e sofredora de preconceitos, e da família como cuidadora e alvo do cuidado em saúde.

Em estudo semelhante, Pinho et al. (2010) identificam no discurso de trabalhadoras/es de saúde mental um distanciamento com relação à família, ao invés de uma relação de parceria e comprometimento genuínos. As/os autoras/es afirmam que apesar de as/os trabalhadoras/es mencionarem a família como copartícipe do tratamento, elas/es a culpabilizam e a responsabilizam pelo êxito do tratamento, na medida em que consideram que o tratamento de nada adiantará sem a sua participação. Além disso, destacam as/os autoras/es, as/os trabalhadoras/es não questionam sua própria responsabilidade na construção da coparticipação da família no tratamento, não esclarecendo a mesma sobre a importância dessa parceria ou negociando as formas de sua participação.

É consenso entre as/os pesquisadoras/es desta temática a consideração de que a inclusão da família no tratamento significa a construção de uma relação de parceria com ela. Para isso, é preciso, inicialmente, entendê-la como um coletivo singular e potente, valorizando o seu saber e forma de organização para atender às necessidades do familiar adoecido. A promoção da participação da família é importante tanto no planejamento, como na execução do Projeto Terapêutico Singular, e exige das/os profissionais uma prática interdisciplinar, com trocas efetivas entre as diferentes disciplinas, estabelecendo a colaboração entre os sujeitos; exige disponibilidade e capacidade para acolhimento, escuta e orientação no sentido da construção da corresponsabilização e vínculo, fazendo com que a família, ao invés de se sentir sozinha, sinta-se segura e capaz para lidar com a doença e seus sintomas (Borba et al., 2008; Cavalheri, 2010; Colvero et al., 2004; Dimenstein, Sales, Galvão, & Severo, 2010; Mello, 2005; Melman, 2001; Mielke et al., 2010; Pinho et al., 2010).

Para atender a esta demanda pela participação da família nos processos de cuidado, os serviços de saúde têm se organizado de diferentes maneiras, propondo grupos terapêuticos com familiares; atendimento individual por diferentes profissionais do serviço; intervenções de caráter informativo; oficinas terapêuticas; intervenções para ampliação de recursos emocionais de enfrentamento, para o treinamento de habilidades para intervir em situações específicas e para desconstrução do preconceito ligado à doença mental; visitas domiciliares; e busca ativa de familiares (Guanaes-Lorenzi et al., 2012; Martins, 2013, 2017; Martins, Santos, & Guanaes-Lorenzi, 2014; Mello, 2005; Vianna et al., 2009).

Todavia, R. O. Campos discute que algumas destas práticas são esvaziadas de sentido, devido à formação e à postura acríticas das/os profissionais, que desenvolvem ações sem objetivos claros e afinados aos propósitos da Reforma Psiquiátrica. Por isso é importante que as/os profissionais sejam preparadas/os para um trabalho em saúde voltado ao cuidado compartilhado, com vínculo e responsabilização, promovendo a saúde como direito e exercício da cidadania, conforme prevê a atenção psicossocial. São necessárias habilidades que incluam o relacionamento interpessoal e intersetorial para o exercício da “clínica ampliada” (R. O. Campos, 2001). Para isso, faz-se necessário o compromisso das instituições na educação permanente de seus trabalhadores para lidarem com as questões emocionais, sociais e técnicas do cotidiano de trabalho com famílias (Camelo & Angerami, 2008; Cavalheri, 2010; Waidman & Elsen, 2008).

Considerando a necessidade de preparação para o trabalho com famílias, R. O. Campos (2001) propõe a problematização do dia-a-dia das/os trabalhadoras/es de saúde, tendo a pergunta “para quê” como norteadora dos planos e práticas de saúde. Com a formação adequada e o exercício da reflexão crítica sobre a sua própria prática, segundo a autora, as/os trabalhadoras/es poderão se livrar de juízos de valor negativo e abandonar concepções idealizadas sobre a família, que dificultam a visualização dos recursos existentes e dos que podem ser desenvolvidos para favorecer o cuidado. A participação das famílias prevê um protagonismo que apenas pode ser construído com a valorização das subjetividades, com flexibilidade, participação horizontal e diversidade de diálogos (Pinho et al., 2010; Souza & Scatena, 2005).

Mielke et al. (2010) afirmam que as tecnologias relacionais, como tecnologias leves do trabalho em saúde, formam a base da atenção psicossocial, valorizando o acolhimento, a inclusão, a cidadania e a autonomia dos sujeitos. Segundo Merhy (2002), as tecnologias leves de trabalho são aquelas envolvidas no encontro entre profissional e usuária/o, possibilitando o estabelecimento de relações de cuidado legítimas, que por sua vez permitem à/ao profissional compreender a singularidade de cada pessoa doente. As tecnologias leves constituem o que o autor chama de trabalho vivo em ato. Assim, o cuidado às famílias, como parte da atenção psicossocial, pode ser entendido como uma tecnologia leve de trabalho, que é inovadora por não ter ainda se concretizado conforme preconizado.

Considerando as necessidades de desenvolvimento e formação de profissionais no campo da saúde, autores indicam que a política de Educação Permanente (EP) é uma estratégia fundamental para a transformação das práticas de atenção, gestão e controle social na saúde pública (Desviat, 2011; Tavares, 2006).

Entendo que o cuidado às famílias, como parte da atenção psicossocial, é aspecto indissociável de outras práticas realizadas nos serviços. Uma vez que compreendemos que as pessoas, bem como os processos de saúde e doença, se constituem nas relações, não é possível separar o cuidado ao indivíduo do cuidado à sua rede social e familiar. Entretanto, a literatura nos mostra que esse cuidado é algo ainda não inserido de maneira intrínseca nos serviços, que respondem à demanda legal, muitas vezes, de maneira burocratizada, pelo mero oferecimento de espaços específicos para a participação da família.

Diante do desafio de efetivar um cuidado atento às necessidades de usuárias/os e familiares, que considere como ponto de partida o reconhecimento de pacientes e familiares como sujeitos de direito e com possibilidade de autonomia em suas vidas, a literatura aponta, como vimos, para a educação permanente como caminho para a construção de modos de fazer o cuidado acontecer no cotidiano dos serviços.

Com isso, somos convidadas/os a pensar a formação como aspecto central na capacidade de oferecer cuidado qualificado e a educação permanente como um modo de suprir a falta desta formação. Parece-me haver uma grande aposta nessa proposta como a solução para muitos dos problemas do cotidiano dos serviços. Para além disso, entendo que processos de educação permanente são necessários para dar conta do movimento constante da vida, que a cada momento nos lança diante de novos vocabulários e novos desafios teóricos, práticos e éticos. Nesse sentido, nenhuma formação nos deixará finalmente preparadas/os para tudo. Mas o movimento de reflexão crítica constante pode nos levar a experimentar e a pensar modos diferentes de agir a cada desafio. Para aprofundar essa discussão, tratarei da educação permanente de maneira específica, no próximo capítulo.

4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO MEIO PARA TRANSFORMAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Canta, a saudade é tanta,
não vai passar se você cantar.
Mas quanto mais se canta,
mais vontade de cantar.
Dança, é só mudança,
não vai parar se você dançar.
Mas quando você dança,
é você quem vai mudar.
Sonha como criança,
ainda dói se você sonhar.
Mas pra que a gente acorde,
é fundamental sonhar.
(Espíndola & Ruiz, 2005)

Diante dos desafios já apresentados com relação à efetivação do cuidado na saúde mental, autores/as apontam, de maneira coerente com a ideia da intersetorialidade, a educação em saúde como núcleo agregador. A atenção psicossocial em rede, proposta pela Reforma Psiquiátrica, visa ressaltar a ênfase nos serviços com base comunitária e sua plasticidade em se adaptar às necessidades das/os usuárias/os e seus familiares, não o contrário (Lancetti, 2014).

A participação social e a qualificação do cuidado são aspectos que necessitam ser promovidos por processos educativos contínuos que promovam o conhecimento e a reflexão crítica sobre as necessidades da sociedade. Deste modo, a educação em saúde é capaz de promover transformações sociais, a partir de práticas microssociais que impulsionariam mudanças no âmbito macrossocial. Assim, deve ser desenvolvida desde a educação básica até os currículos de formação tradicional das profissões de saúde, reestruturando-os (Camelo & Angerami, 2008; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Haddad, Roschke, & Davini, 1994; Peduzzi, Guerra, Braga, Lucena, & Silva, 2009; Pinto et al., 2014).

Neste sentido e voltada para os trabalhadores e profissionais de saúde, a Educação Permanente (EP) é apontada em diversos estudos como ponto muito importante para reorganizar o atendimento em saúde e efetivar os princípios do SUS. A justificativa comum para que a EP se faça necessária é a de que a formação tradicional para a atuação no campo da saúde, baseada em técnicas, habilidades e procedimentos, não leva em consideração a complexidade do processo humano de saúde-doença, a integralidade no cuidado, as relações envolvidas na produção do trabalho em saúde,

nem mesmo as questões políticas e sociais que sustentam o projeto de sociedade defendido ao se planejar o SUS e a Reforma Psiquiátrica (Camargo-Borges, 2015; G. W. de S. Campos, Cunha, & Figueiredo, 2013; Ceccim & Ferla, 2008a; Conceição et al., 2015; Merhy, 2002).

Ao mesmo tempo, a crítica feita no capítulo anterior, com relação à incapacidade de uma política pública alterar a ordem social vigente, orientada pelo lucro (Caldas, 2015), também se aplica aqui. A EP tem seu potencial na micropolítica e deve ser utilizada como forma de fomentar o pensamento crítico, com vistas ao exercício do trabalho significativo, politizado e criativo. É dessa forma que a ideia de EP se conecta com a epígrafe deste capítulo, na medida em que não se configura exatamente como a solução para cada problema encontrado, mas como caminho para transformação da forma de significá-los e lidar com eles.

A partir disso, têm sido elaboradas propostas de organização e efetivação de processos de EP, havendo atualmente no Brasil, um movimento em torno do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), que colocaria de maneira intrinsecamente ligados os conceitos de educação, trabalho e cidadania (Ceccim & Ferla, 2008b).

A EPS é um termo que dialoga com outros semelhantes, como Educação Permanente e Educação Continuada. Sem o objetivo de aprofundar a análise de semelhanças e diferenças, visamos neste capítulo contextualizar a delimitação do termo e da política como uma proposta reorientadora para as ações em saúde.

4.1 EPS: CONCEITOS, ASPECTOS LEGAIS E PROBLEMÁTICA

A proposta da EP para o campo da saúde foi lançada no início dos anos 80 pela Organização Pan-Americana da Saúde. Seu objetivo é reorientar o método educacional em saúde, valorizando o trabalho realizado no cotidiano dos serviços como fonte de conhecimento e aprendizagem, se caracterizando em um processo permanente, participativo e multiprofissional. Difere-se da educação continuada, que frequentemente está informada pela noção de acúmulo de conhecimentos teóricos e técnicos a serem aplicados na prática, dando conta de atualizações comuns no campo da saúde, tal como novos procedimentos em decorrência de epidemias. De modo distinto, a EP rompe com a diferenciação entre teoria e prática, colocando ainda a prática em posição privilegiada, na medida em que ela recria a teoria a partir das necessidades (Davini, 2009; Haddad et al., 1994).

O termo “Educação Permanente em Saúde” foi utilizado por Haddad et al. (1994), no contexto internacional, como sinônimo de EP no campo da saúde. No

contexto brasileiro foi também demarcado pelo Ministério da Saúde para dar destaque ao caráter diferenciado da proposta para o campo da saúde, mas também para demarcá-la como uma nova política para o campo. A EPS fundamenta a Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde³, instituída pela Portaria GM/MS n. 198 de 2004 e, posteriormente, modificada pela Portaria GM/MS n. 1.996 de 2007, que visou adequar a política de EP ao Pacto pela Saúde⁴, lançado em 2006 (Brasil, 2004, 2007b; Peduzzi et al., 2009; Pinto et al., 2014).

Chaui (2003) reflete sobre a confusão muito frequente entre educação e “reciclagem” diante das exigências do mercado de trabalho. Segundo a autora, a lógica instituída pela globalização, de constante mudanças e crescentes demandas, colocou a EP como a ferramenta que poderia promover a adaptação às constantes transformações do mercado de trabalho. Entretanto, ela ressalta que a “educação permanente” realizada desta forma, se baseia em processos de adestramento e treinamento de novas técnicas, o que não é efetivamente EP, porque a educação implica em transformações na compreensão de si, dos outros e da realidade, na apropriação da cultura acumulada e da compreensão do seu papel na construção da cultura no seu presente.

Essa consideração é condizente com o proposto por G. W. de S. Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 123):

A formação de profissionais de saúde deve assegurar o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais para a compreensão das múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e coletivos, para o trabalho interdisciplinar e em equipe e para uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas.

Ainda nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) criticam o sistema de educação que se organiza de maneira independente das necessidades sociais. Questionam, assim, a qualidade de qualquer processo educacional que não coloque em

³ O controle social, como princípio do SUS, prevê dois espaços de participação da sociedade: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. As conferências são reuniões ampliadas e periódicas para discussão e formulação de diretrizes para o sistema de saúde. São organizadas a cada quatro anos, nos âmbitos municipal, estadual e nacional, de forma progressiva. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, dentro de seu âmbito de atuação. Têm constituição paritária, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço e gestores de saúde, e são organizados por distritos sanitários, municípios, estados e no âmbito nacional (Brasil, 2007a).

⁴ O Pacto pela Saúde é um instrumento legal que visa a pactuação entre as esferas de governo e gestores do SUS, visando atender demandas que há muito eram reivindicadas. Está organizado em três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – definindo prioridades de ação para cada uma delas. A Educação Permanente em Saúde é aspecto transversal em várias prioridades, mas é enfatizada na dimensão da gestão (Brasil, 2006).

análise os processos sociais, políticos e econômicos de produção das realidades, e que não fomente a mudança da mesma no sentido que promova maior justiça social. Deste modo, se posicionam, inclusive, a favor da regulação social da educação, de modo a estar voltada para as necessidades da sociedade.

A autora e o autor propõem, então, o quadrilátero da formação, isto é, um orientador para a reforma dos processos de formação, que passariam a englobar, no campo da saúde, além do ensino e da atenção, a gestão e o controle social. É uma proposta que reorientaria todo o processo educacional, desde a educação básica, passando pelos processos de educação formal, que devem ser realizados em serviço, e estendendo-se, de maneira permanente, posteriormente, nos contextos de trabalho (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A proposta de Ceccim e Feuerwerker responde ao sugerido por Haddad et al. (1994), no plano internacional, que englobam na proposta da EPS os processos de educação formal, capacitações técnicas, atualizações, processos informais, presenciais e à distância de educação, tendo como fundamento que estes sejam planejados e desenvolvidos a partir da necessidade identificada nos serviços. Com base nisso, diversas iniciativas visam inserir a formação no serviço, tais como AprenderSUS, VerSUS, Residências Multiprofissionais e PET-Saúde (Conceição et al., 2015).

A inserção do processo educacional para a saúde, no âmbito do serviço, é uma ideia muito promissora, mas que deve ser analisada com cautela, considerando, mais uma vez, os embates relativos à existência de políticas públicas pautadas em ideais societários diferentes do que os efetivados no Brasil atualmente. Sabemos que, inserir estudantes para formação em serviço é prática corrente nas residências médicas e multiprofissionais, onde existem inúmeras queixas de precarização das relações de trabalho, com alta carga horária e baixa remuneração. Desta forma, a EPS, efetivada na lógica neoliberal, tende a ser adotada como forma de diminuir o gasto com recursos humanos na saúde, enquanto que a inserção de pessoas para serem formadas no serviço deveria significar ainda mais investimento em recursos humanos, pois estes fariam atendimentos e também a formação de novas/os profissionais.

A proposta da EPS vem sendo estruturada na ideia dos Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias colegiadas, organizadas em regiões estratégicas para organização administrativa do SUS, das quais participam gestores das esferas federal, estaduais, regionais e municipais, representantes dos conselhos de saúde, das instituições de ensino e dos movimentos estudantis e populares. Os Polos devem identificar e planejar as necessidades de EPS nas regiões, sendo espaço de diálogo, negociação e pactuação para efetivação das propostas. Sendo um espaço

colegiado, se baseia na ideia da roda para a gestão da EPS, metáfora que traz o sentido de não hierarquia e de movimento próprio a ser desenvolvido pelos seus membros (Brasil, 2005a).

G. W. de S. Campos, todavia, faz uma crítica importante à proposição dos Polos e da EPS. O autor afirma que os Polos não podem funcionar como previsto porque ficaram sobrecarregados, em decorrência de um erro na concepção dos mesmos. Ao transformar a EPS em estratégia central da gestão do trabalho em saúde e, sendo a gestão do trabalho em saúde aspecto indissociável da gestão da saúde, a tarefa dos Polos se tornou extremamente complexa e gerou disputa de poder. Além disso, afirma que o conceito de EPS se tornou como um dogma que, mais do que ajudar, tem atrapalhado a efetivação de uma política de formação para o SUS. Segundo o autor, estaria ocorrendo uma hipervalorização do saber não-formalizado e uma superestimação da abrangência da EPS, que daria conta de todos os problemas: de gestão, de atenção, de política etc. (G. W. de S. Campos, 2006).

De maneira condizente com esta crítica, Pinto et al. (2014) ressaltam que, desde que foi publicada, a política da EPS vem passando por uma série de discontinuidades, que incluem mudanças em seu enfoque e financiamento, gerando a não efetivação do proposto. A aplicação do conceito de educação em serviço se deu, até o momento e de maneira preponderante, dentro de processos de EPS desenvolvidos com intuito de “corrigir” processos formais de educação que foram falhos, muito se assemelhando a propostas de educação continuada (Miccas & Batista, 2014). A ideia fundamental da política de EPS, como vimos, não é apenas a de promover a educação no contexto de trabalho após a formação, mas de reorientar o processo formal para que ele ocorra, desde o início, conectado com as necessidades da sociedade.

4.2 PRINCÍPIOS E APORTES METODOLÓGICOS DA POLÍTICA DA EPS

Como já antecipei, o principal fundamento da EPS é a relevância social do processo ensino-aprendizagem, a partir da junção dos saberes técnicos e científicos com as dimensões éticas da vida, do trabalho, das pessoas e das relações. Isso é possível com a produção de conhecimento a partir do e no cotidiano do trabalho nas instituições de saúde (Ceccim & Ferla, 2008a).

Desta forma, a EPS se baseia na constituição de coletivos de trabalho, nos quais se exercite o “aprender a aprender”, colocando o trabalho e as práticas de cuidado – com sua população atendida e desafios – em objeto de discussão, estudo e aprendizagem. A EPS deve ser permeável aos contextos, às necessidades e direitos da

população e à condição de trabalho das/os profissionais. A partir da reflexão sobre as vivências, da problematização das relações e das práticas, é possível entrar em contato com os desconfortos com o que deixa a desejar na realidade dos serviços. Deste modo, a EPS promove a visibilidade a partir do conversar sobre, não pela busca por respostas prontas, mas em busca da reflexão e da produção de atos coletivos de ensino e aprendizagem (Ceccim, 2005, 2010; Ceccim & Ferla, 2008a; Davini, 2009).

A EPS pode ser sistematizada em três princípios: aprendizagem significativa, problematização do cotidiano e construção de sujeitos críticos e transformadores. Deles derivam a valorização do saber dos/as profissionais, a vinculação a elementos que façam sentido a eles/as, o foco nos desafios cotidianos e na busca por soluções plausíveis, a consideração da relação intrínseca entre trabalho e vida, a valorização do aprender a aprender e o rompimento com as hierarquias no processo educacional e de trabalho (Brasil, 2005a, 2009a; G. W. de S. Campos et al., 2013; Ceccim & Ferla, 2008a; Stroschein & Zocche, 2011).

Estes princípios são muito inspirados na pedagogia da libertação de Paulo Freire (Freire, 2015). A aprendizagem significativa diz respeito à conexão do conteúdo a ser aprendido com a realidade das pessoas envolvidas, de modo que elas possam, de maneira ativa, fazer conexões entre o que já sabem e o que se apresenta como novo conhecimento. Desta maneira, rompe-se com a hierarquia entre quem ensina e quem aprende, sendo o processo ensino-aprendizagem uma parceria de afetação e aprendizagens compartilhadas.

Além disso, busca-se a desnaturalização de conceitos e ideias, de modo a fomentar o “pensar crítico” e questionador. “Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade. Este é um pensar que percebe a realidade como processo, que a capta em constante devenir e não como algo estático” (Freire, 2015, p. 114). É nesse sentido que Paulo Freire concebe a noção de problematização, tão cara à EPS. “Problematizar” se torna sinônimo de convidar ao questionamento e à desestabilização de sentidos, processo que nos permite vislumbrar potencialidades e realidades preferíveis. A problematização seria, assim, um caminho para a dialogia.

Para fomentar esse processo, a EPS conta com a função de facilitador/a. Nesta posição, o/a profissional tem como tarefa promover reflexões sobre o cotidiano do trabalho, em conjunto com a equipe, de forma que a mesma se aproprie dos impasses nos seus processos de trabalho, refletindo sobre as diversas dimensões da vida que os compõem e neles se reconhecendo, de modo a encontrarem formas de ação diante dos mesmos (G. W. de S. Campos et al., 2013).

Desta forma, o terceiro princípio, de construção de sujeitos críticos e transformadores, se torna proeminente. A EPS, na medida em que deve promover espaços em que a dimensão técnica e a dimensão da experiência relacional se misturem, permite o desenvolvimento não só de conhecimentos formais sobre a prática, mas da sensibilidade para o contato com o sofrimento do outro, para o trabalho conjunto, para a análise da situação social na qual tanto profissionais quanto pacientes estão inseridos. Permite ainda colocar as próprias ações em questão, reconhecendo-as como parte da micropolítica da construção dos problemas enfrentados. Assim, a visão de mundo, os afetos e a postura ético-política das/dos profissionais devem ser considerados como parte importantíssima dos processos de formação em saúde (G. W. de S. Campos et al., 2013; Ceccim, 2005).

A partir disso, espera-se que processos de EPS possam gerar a democratização das relações de trabalho, o aprimoramento da capacidade de aprender e ensinar a partir da prática, a construção de soluções criativas e coletivas para os problemas enfrentados, o fortalecimento do trabalho em equipe e a melhoria contínua do cuidado prestado às/aos usuárias/os (Brasil, 2005a).

Como vimos, o processo de EPS envolve a aprendizagem viva, que engloba a apreensão da própria condição cultural, social, econômica e política; envolve identificar-se como um/a trabalhador/a com limitações estruturais, institucionais, econômicas, teóricas e afetivas, que não o/a permitem resolver todos os problemas que é chamado/a a resolver, nem os de sua vida, nem os da vida das pessoas usuárias dos serviços. E, apesar e a partir dessa reflexão e compreensão de si mesmo, buscar maneiras criativas de recriar e transformar as realidades em que ambas/os – usuárias/os e trabalhadoras/es – estão inseridas/os.

Para tanto, a EPS deve promover espaços/momentos generativos, nos quais os sentidos possam ser transformados por meio da interação e diálogo entre as/os participantes, a partir do reconhecimento de que não existem verdades absolutas e soluções prontas para os problemas do cotidiano.

Para cumprir com esses objetivos e orientadores, os/as principais estudiosos/as e praticantes da EPS têm se afinado com a perspectiva da análise institucional, especialmente a proposta por Félix Guatarri, como forma de conduzir e avaliar processos de EPS (G. W. de S. Campos, 2015; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Franco & Merhy, 2003).

A análise institucional de Felix Guatarri se afina com alguns conceitos psicanalíticos e rompe com outros, orientada pela crítica social alinhada ao pensamento de esquerda. A palavra "análise", por exemplo, tem seu significado afinado com à

psicanálise, baseada na noção de inconsciente. Um rompimento importante para a configuração de uma nova inteligibilidade à psicanálise se deu com relação à "dicotomia desejo/política" (Barros, 2013, p. 256). Em linhas gerais, o inconsciente é tomado como lugar de produção das instituições e analisá-lo, permanentemente, possibilitaria que os grupos "fossem suporte para diversos modos de expressão. Aqui a noção de analisador se mostra fundamental, pois ressalta a irrupção na cena analítica de situações, falas, atos, que desmancham as unidades cristalizadas" (Barros, 2013, p. 258).

Reconhecemos que a análise institucional é uma epistemologia muito útil para o trabalho com grupos e coerente com a proposta da EPS. Contudo, entendemos que não é a única possível.

O trabalho com grupos tem sido discutido a partir de contribuições de diferentes teorias, as quais sustentam diferentes propostas para compreensão do grupo, seu modo de organização e funcionamento. Deriva de cada teorização, contribuições específicas sobre o papel de cada participante, a relação indivíduo-grupo, o papel do coordenador e a função da prática grupal (Guanaes-Lorenzi, 2017). A partir de uma orientação construcionista social, temos a noção de processos grupais e de grupo como construção social, questionando a noção essencialista de grupo, bem como a ideia de individualidades como instâncias componentes do grupo (Rasera & Japur, 2004).

Nessa perspectiva, o grupo é considerado uma realidade construída nas relações sociais, que configuram as práticas consideradas legítimas e relevantes dentro de cada contexto. Nesse sentido, pode ser entendido como um *recurso conversacional* (Guanaes, 2006), sendo espaço privilegiado para a promoção da dialogia, a partir da intervenção do/a facilitador/a. Este profissional, por sua vez, deve ser um/a especialista do processo dialógico, compreendendo as maneiras pelas quais é possível colocar em movimento a construção e transformação de sentidos. Com isso, o processo grupal se torna sinônimo de processo conversacional.

Como vimos no capítulo 1, o diálogo é aspecto central na perspectiva construcionista social, sendo compreendido como coordenação de ações entre as pessoas, ao invés de ser tomado como comunicação entre os indivíduos do que eles têm dentro de suas mentes. Para que o diálogo seja transformativo é preciso que as pessoas se engajem em um processo aberto às diferentes vozes e possibilidades (Gergen & Gergen, 2010). Assim, a EPS pode ser considerada como um contexto de criação ou restrição de diferentes sentidos, criado por meio das negociações desenvolvidas por seus/suas participantes no uso da linguagem.

A abordagem construcionista social, dessa forma, com seus aportes para o desenvolvimento de conversas dialógicas e transformativas, pode constituir

orientadores práticos muito relevantes para práticas de EPS, ampliando a gama de possibilidades de trabalho com esse objetivo. Nesta perspectiva, o processo grupal é analisado a partir do momento interacional, não sendo de interesse nada que esteja além do expresso no momento interativo. A instituição, por sua vez, é considerada como um arraigado cultural de discursos e sentidos (Bock, Furtado, & Teixeira, 1999), abordada a partir do processo de coordenação entre as pessoas, no qual “padrões/rituais”, “normas/expectativas” e “realidades/ordens morais” são criados, servindo, por sua vez, como base para coordenações futuras (McNamee, 2014, p. 111). Assim, buscamos identificar os padrões comunicacionais e ordens morais que orientam as ações/interações das pessoas, bem como compreender como, na coordenação de ações entre elas, as pessoas, respondendo às normas e expectativas, reforçam alguns padrões, ordens morais e linguagens ou os desafiam, construindo outros.

Compartilhando a ideia de grupo como construção social, vários/as autores/as se dedicaram na proposição de recursos dialógicos e colaborativos que podem ser aplicados em diferentes contextos grupais (Anderson, 1997; Guanaes, 2006; McNamee & Shotter, 2004; Rasera & Japur, 2004). Trataremos deles, a seguir.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DO CONSTRUCIONISMO SOCIAL PARA REALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE EPS

O interesse construcionista pela linguagem e pelos processos interacionais e geradores de sentido, que fundamentam práticas, são aspectos que nos ajudam a compreender como a EPS pode ser um dispositivo para a transformação das realidades dos serviços de saúde mental.

K. Gergen e M. Gergen, propondo uma aproximação entre o construcionismo social e os contextos educacionais, e retomando a pedagogia da libertação de Paulo Freire, ressaltam o convite construcionista ao diálogo, à orientação relacional e à aprendizagem colaborativa, tomada como transformação de sentidos. Assim, trazem a importância de valorizar os conhecimentos prévios de todas/os no contexto educativo, de nos dedicarmos às explorações de positividade em nossas práticas críticas e de gerar uma atmosfera respeitosa e receptiva, onde todas/os se sintam estimuladas/os e engajadas/os na tarefa de fazer uso de suas habilidades (Gergen & Gergen, 2010). Desta forma, os processos de comunicação são tomados como centrais para as práticas educativas.

Stewart e Zediker, analisando as contribuições construcionistas ao campo da comunicação, destacam duas maneiras interconectadas de se abordar o diálogo: uma

maneira descritiva e outra prescritiva. A maneira descritiva de abordar o diálogo se foca na explicação da ontologia dialógica da realidade humana. Essa abordagem, segundo os autores, é especialmente importante para problematizar noções de causa e efeito e para questionar a ideia de mente individual como detentora de conhecimentos, emoções e patologias, tal como descrito no primeiro capítulo desta tese. Já a abordagem prescritiva se foca em explicar como operacionalizar práticas voltadas à promoção de conversas dialógicas (Stewart & Zediker, 2002).

Essa noção prescritiva entende que nas interações entre as pessoas haveria tanto um potencial para o diálogo quanto um potencial para o monólogo. O caráter prescritivo reconhece que o que nos torna humanos é a relação, tal como prevê a abordagem descritiva, mas vai além, entendendo que para que o diálogo funcione de maneira transformadora, são necessárias algumas prescrições que dizem respeito a algumas escolhas e compromissos entre as pessoas, alguns deles, de caráter ético.

Para a prática da EPS, consideramos que a noção prescritiva do diálogo é especialmente útil, pois além de considerar a importância fundamental dos relacionamentos, prevê a elaboração de modos de organização das conversas para que estas promovam a dialogia. A comunicação, deste modo, não tem como objetivo o encontro de consensos ou de acordo de ideias e crenças, mas tem como objetivo buscar a realização de algo novo ou de algo diferente, conjuntamente, a partir da interação entre as pessoas.

Nesse sentido, Stewart e Zediker (2002) consideram o diálogo como uma prática ética, marcada por uma permanente “tensão”. Sendo prática, o diálogo é algo que acontece entre as pessoas, não sendo possível prever que ações levarão a quais resultados. Assim, por mais que algumas prescrições guiem essa prática, nenhuma delas deve ser tomada como uma técnica infalível, pois as pessoas são o ponto principal do diálogo. Desta forma, o diálogo também é ético, pois os valores nos quais ele se baseia são inseparáveis da sua forma de expressão. Em um contexto de valorização da colaboração e da construção conjunta, a dialogia tem mais chance de ocorrer. O diálogo também é tenso, porque envolve a negociação e aceitação de diferentes visões e interesses, a cada momento interativo e no decorrer da conversa, em substituição ao processo de persuasão e convencimento do outro, típico nas configurações hierárquicas de conversa.

Nesse processo de negociação de diferentes visões e interesses, o engajamento mútuo é de extrema importância e é conquistado a partir da atenção ao processo de relacionamento, o que McNamee e Shotter (2004) chamam de responsividade. A responsividade é característica de conversas dialógicas e ser responsiva/o significa

“estar aberto à influência do outro” (Guanaes, 2006, p. 68), fazendo uma escuta legítima e respondendo de forma a promover o diálogo.

Dessa forma, a responsividade implica em ser apreciativa/o à diferença, em considerar o caráter incompleto e colaborativo do processo de construção de sentidos e do entendimento mútuo. Implica também em investir nos potenciais criativos do diálogo, naqueles aspectos que nos surpreendem ou que nos marcam, nos convidando a outras construções (Guanaes, 2006; McNamee & Shotter, 2004; Moscheta, 2011).

Investir no potencial generativo do diálogo demanda ir além da pergunta "por que as coisas são assim" e/ou da interpretação de processos subjacentes, nos levando à compreensão do modo de relacionarmo-nos que constrói as realidades como elas estão. Deste modo, o convite está em reconhecer que a realidade – incluindo nela o próprio processo grupal – não existe sem os sujeitos que a produzem. E em dedicarmo-nos, então, a refletir sobre como nosso modo de agir e conversar contribui para a construção dos problemas que nos incomodam e incomodam as pessoas usuárias de nossos serviços e até mesmo na construção do que não nos incomoda, do que é dado como certo e normal, mas que pode ser foco de problematizações.

Para que ocorra o diálogo generativo é preciso investir na construção de um padrão de relacionamento no qual as pessoas possam considerar suas diferentes necessidades, elaborando ações que sejam significativas, possibilitando que continuem trabalhando juntas. Trata-se, assim, de um foco pragmático e orientado para a construção de futuros preferíveis (Camargo-Borges, 2015).

Autoras/es construcionistas sociais dedicados em promover a dialogia em diferentes contextos – terapia, pesquisa, serviços de saúde etc. – compartilham alguns orientadores gerais que dizem respeito à coordenação de processos grupais para construção da responsividade e promoção do diálogo generativo, que considero ser úteis ao desenvolvimento de práticas de EPS e utilizei na facilitação dos grupos nesta pesquisa (Camargo-Borges, 2015; Guanaes, 2006; Guanaes-Lorenzi, 2015; Moscheta, Souza, & Corradi-Webster, 2015; Rasera & Japur, 2006).

Esses orientadores gerais se fundamentam na ideia do/a facilitador/a do grupo como um/a especialista do processo conversacional, sendo sua especialidade facilitar e criar o espaço para trocas dialógicas (Anderson, 2005; Anderson & Goolishian, 1992). Com base nessa ideia, o/a facilitador/a de processos de EPS não deve ser uma pessoa especialista neste ou naquele conteúdo a ser aprendido ou resolvido pelas/os participantes, mas o/a arquiteto/a do processo de diálogo. A partir da postura do/a facilitador/a, que diz de um modo de conversar e organizar a conversa, as/os participantes do grupo aprendem uma forma de conversar e se relacionar, criando o

contexto grupal, que neste caso, almejamos que seja relacional. Esse contexto grupal-relacional, no caso da EPS, facilita a construção conjunta de novos conhecimentos a partir do que cada um/a já sabe e utilizando a especialidade de cada um/a.

Um primeiro passo para a construção do contexto grupal-relacional passa pelo estabelecimento de uma relação respeitosa entre as/os participantes (Gergen et al., 2001). Um ponto muito importante nessa tarefa é o contrato do grupo. Raser e Japur (2006) definem o contrato grupal como “o meio de delimitar algumas condições de produção de sentido” (p. 132), isto é, o meio para que o contexto conversacional e relacional almejado seja estabelecido. Isso se operacionaliza, na prática, em uma conversa inicial na qual os princípios norteadores são colocados como compromissos que as pessoas terão entre si em suas interações naquele contexto. Desse modo, o respeito mútuo entre as/os participantes, a relação não hierárquica, o engajamento nas discussões, entre outros, são aspectos acordados entre todas/os e que devem ser retomados pelo/a facilitador/a, de maneira reflexiva, nos momentos em que a interação se der no sentido contrário a esses acordos.

Além dessas noções que orientam a organização inicial dos grupos, outros orientadores também são considerados úteis para a facilitação de processos de EPS: estimular o uso da autocrítica reflexiva, evitar o uso das ideias abstratas, promover o uso da imaginação, exercitar a postura do não-saber, promover a responsabilidade relacional e focar-se nas potencialidades (McNamee & Gergen, 1999).

O uso da autocrítica reflexiva significa empregar o processo de autoquestionamento, de colocar em dúvida ou sob avaliação nossas próprias certezas, a partir de maneiras alternativas de considerá-las. Trata-se, assim, de um processo de desconstrução das certezas. As/os autoras/es construcionistas explicam que as certezas são problemáticas porque travam o processo generativo dos diálogos, na medida em que limitam visões alternativas e estabelecem graus de inteligência e especialidade, separando as/os participantes. Em geral, em nossos processos de educação formal, somos treinadas/os a ter certezas que inibem nossas habilidades de lidarmos com os conflitos e discordâncias, limitando as possibilidades dialógicas (Gergen et al., 2001; McNamee & Shotter, 2004).

O segundo orientador mencionado, evitar o uso de ideias abstratas, parte do pressuposto de que quando os princípios, valores e crenças são usados de maneira abstrata, desconectados das nossas relações cotidianas, eles promovem a hierarquia e a separação entre as pessoas. Ao contrário, conhecer os contextos dos quais as opiniões e conhecimentos das pessoas vieram, ou dos quais dizem respeito, ou aos quais se aplicam, nos ajuda a entender a coerência situada da posição de cada uma. Ao evitar a

abstração, convidando as pessoas a explicarem estes conceitos a partir de suas histórias de vida, de suas experiências pessoais e de suas práticas, o/a facilitador/a convida o grupo ao diálogo generativo (Gergen et al., 2001; McNamee & Shotter, 2004).

Promover o uso da imaginação, significa convidar nossas/os parceiras/os conversacionais a falar sobre realidades imaginadas, imaginando-se em outras posições ou situações (McNamee & Shotter, 2004). Podemos imaginar, por exemplo: como seria nossa prática em saúde se ao invés de disciplinas distintas, tivéssemos uma formação geral em cuidado em saúde? Outro exemplo: se estivéssemos no lugar daquele/a usuário/a, foco de nossa discussão, estaríamos satisfeitos/as com o encaminhamento dado à sua questão? Este tipo de questionamentos gera possibilidades dialógicas encorajando-nos a ir além das noções sedimentadas sobre nós mesmas/os, sobre o outro e sobre as situações.

Já a postura do não-saber significa manter um posicionamento curioso em relação a /ao outra/o, que pode ser nossa/o colega de trabalho, nosso/a gestor/a ou a/o usuária/o dos nossos serviços, sem julgamentos e avaliações. Isto significa estar disponível para ouvir e compreender as razões e sentidos que a/o outra/o apresenta, mantendo-se aberta/o para possíveis transformações em seus próprios pontos de vista (Anderson & Goolishian, 1992). O exercício dessa postura nos ajuda na realização de uma escuta legítima, o que é um recurso fundamental para o trabalho em conjunto, e que perpassa todo o processo da EPS. Esse orientador é o que diferencia de forma mais radical a proposta construcionista para o trabalho com grupos, uma vez que ela implica na suspensão das expertises e interpretações para além da interação conversacional.

A promoção da responsabilidade relacional diz respeito à noção de que todas/os nós somos responsáveis pelo desenrolar de fatos, acontecimentos e entendimentos e todas/os podemos intervir de alguma forma para que algo considerado melhor aconteça. Tomando como fundamento a ideia de que as realidades são artefatos relacionais, isto é, produzidos a partir da relação e interação entre as pessoas, que dão sustentação a discursos e sentidos, a noção de responsabilidade relacional traz o convite ao exame da parte de cada um/a e da parte de todas/os na construção das realidades das quais participamos (McNamee & Gergen, 1999).

Focar-se nas potencialidades, por fim, é um orientador que parte do princípio de que, mesmo nos contextos que parecem saturados de problemas, ainda podem ser identificados recursos importantes. O convite construcionista para olharmos para as práticas conversacionais como produtoras de realidades nos leva a valorização das potencialidades em detrimento das dificuldades. Na busca por soluções plausíveis aos desafios do cotidiano do trabalho, o/a facilitador/a pode ajudar o grupo a focar-se nas

potencialidades de cada participante e do contexto de trabalho, auxiliando o grupo a reconhecer, nomear e legitimar as qualidades e recursos existentes (Epston, White, & Murray, 1992).

Em consonância com esses orientadores gerais para a facilitação de processos de grupo, Green e Wheeler (2004) apresentam algumas recomendações práticas de como manejar o grupo e propor intervenções, buscando a responsividade:

1- Atenção à qualidade interativa do processo, observando como cada colocação e ação se liga na próxima.

2- Reconhecer e lidar com o fato de que nem sempre o que é intencionado pelo/a facilitador/a é entendido da maneira intencionada.

3- Observar como as emoções são apresentadas ou suprimidas, estando atento/a às mudanças de posturas, no tom de voz e na velocidade da fala. As recomendações 1, 2 e 3 dizem respeito ao processo de suplementação e ação conjunta no processo conversacional.

4- Prestar especial atenção aos múltiplos níveis de negociação, observando como identidade e papéis são posicionados tal como o conteúdo. Isso nos ajuda a entender a coerência situada da posição de cada pessoa, na apresentação ou defesa de uma ideia.

5- Ser cuidadoso/a ao interpretar o comportamento das pessoas, explorando explicações alternativas ao que se apresenta como óbvio num primeiro momento. Essa recomendação se liga diretamente à postura do não-saber.

6- Encarar os momentos em que se identifica que a conversa está num ciclo improdutivo, com o uso de velhos argumentos e velhas soluções. Essa recomendação se relaciona especialmente com a ideia de responsabilidade relacional, em que todas as pessoas são convidadas a reconhecerem sua participação na construção das possibilidades dialógicas.

7- Reconhecer os próprios gatilhos, especialmente os que fazem o/a facilitador/a perder a perspectiva. Com isso, exercita-se a autocrítica reflexiva e a responsabilidade relacional.

8- Imaginar diferentes cenários, apostando nas potencialidades, tendo em mente que, não necessariamente o que aconteceu anteriormente se tornará um padrão nos relacionamentos. Essa recomendação se relaciona com a postura do não-saber, na medida em que faz o convite para abertura ao novo. Mas também se relaciona com o uso da imaginação e com o foco nas potencialidades.

9- Utilizar reflexões metonímicas, tomando parte do que outra pessoa disse como o início para uma reflexão ou ideia, gerando a sensação de algo compartilhado, construído conjuntamente.

10- Coordenar-se com as falas dos/as demais, usando palavras, frases, cadências e tons de voz semelhantes, para criar sentidos conjuntamente. Um exemplo disso é a utilização do chamado “*semiotic shading*”, que em português seria algo como “reflexo semiótico”, isto é, substituir uma palavra ou frase dita por alguém por seu equivalente próximo, conferindo mais potencialidade ao sentido, como acontece na troca da palavra “problema” por “desafio”. As recomendações 9 e 10 dizem de como podemos construir ativamente a responsabilidade relacional, promovendo a construção conjunta de sentidos.

Entendo que o uso desses orientadores e dessas recomendações práticas construcionistas sociais nos processos de EPS pode promover o diálogo generativo e o movimento entre teoria e prática, a partir da mudança da ênfase da teoria para a teorização, tal como proposto por Stewart e Zediker (2002). Estes autores afirmam que a teoria é um conjunto de conclusões que se apresentam de maneira destacada dos objetos dos quais falam, enquanto o processo de teorizar necessariamente inclui as experiências – as práticas – as quais estamos tentando entender. Deste modo, a teorização consiste na produção de relatos discursivos vivos sobre ações práticas que desenvolvemos, por meio da aprendizagem significativa, tal como proposto pela EPS.

A partir do exposto, podemos compreender a importância que a EPS ganhou para a reorientação do cuidado e do trabalho no SUS. Enquanto base geradora de mudanças, os processos educacionais e formativos têm a potência de influenciar de maneira transversal o sistema de saúde e suas políticas.

Assim sendo, é esperado que suas diretrizes sejam tão abertas quanto possível, para que guardem a possibilidade de se adaptarem às diferentes realidades e contextos. Ao mesmo tempo, consideramos importante a iluminação de posturas que podem servir de ferramentas de facilitação da promoção de processos de aprendizagem e autogestão de coletivos de trabalhadores. O ponto central da EPS e das posturas construcionistas aqui descritas é a conexão com as pessoas e seu trabalho, de maneira viva e criativa, considerando o momento mais imediato como a possibilidade potente de mudança.

5 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A partir do panorama apresentado nos capítulos anteriores, que mostra a importância do trabalho com famílias para a consolidação da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, a necessidade de preparação das/os profissionais de saúde para esse trabalho, bem como as potencialidades sinalizadas pela proposta da EPS como recurso de formação, justifico a realização deste estudo. Assim, desenvolvi um contexto de formação para o trabalho com famílias com base na proposta da EPS, de modo a contribuir para a compreensão dos processos conversacionais envolvidos tanto no desenvolvimento da proposta da EPS quanto na formação profissional para o cuidado às famílias de usuários/as de serviços de saúde mental.

Neste estudo, a proposta da EPS, em uma leitura construcionista social, é tomada como um recurso conversacional, ou seja, como um contexto de criação ou restrição de diferentes sentidos, criado por meio das negociações desenvolvidas por seus/suas participantes no uso a linguagem. Nesse sentido, a EPS visa à promoção de reflexões e transformações de sentido sobre as práticas, de maneira conectada com o cotidiano de trabalho dos/as participantes.

É importante ressaltar que, considerando o caráter investigativo e delimitado temporalmente da proposta aqui apresentada, apesar de embasada na EPS, ela não se configura numa educação “permanente” propriamente dita. Entretanto, essa pesquisa se faz relevante para o campo pois, apesar de exploratória, ilumina a centralidade do processo grupal – aqui tomado como sinônimo de processo conversacional – para o desenvolvimento da proposta da EPS.

Desta forma, o **objetivo geral** dessa pesquisa é entender como o processo conversacional contribui para o desenvolvimento da proposta da EPS e para a formação profissional para o cuidado às famílias de usuários/as de serviços de saúde mental.

Os **objetivos específicos** são:

1- Identificar momentos críticos na interação, como marcos do processo conversacional, que indicam a ocorrência de reflexões e transformações de sentidos com relação às práticas com famílias em saúde mental.

2- Analisar o uso de Registros Reflexivos como recursos conversacionais para a promoção de reflexões e transformação de sentidos.

Apresentarei, a seguir, os aspectos metodológicos deste estudo.

6 SOBRE OS CAMINHOS DA PESQUISA

Que o meu caminhar caiba no caminho,
que o caminho tenha o tamanho do caminhar.
(Dimitri BR, 2009)

Para apresentação desta etapa, a noção de rigor metodológico oferecida pelo construcionismo social é fundamental, tratando-se da explicitação dos passos de construção do corpus e da análise que me levou aos resultados e discussões propostos, possibilitando a compressão dos mesmos a partir do seu contexto de construção (M. J. P. Spink & Lima, 2013). Assim, considero que explicitar os processos e decisões envolvidos numa pesquisa é tarefa importantíssima para o exercício científico.

Como veremos, o procedimento de organização e facilitação dos encontros, apesar de planejado, incluía, nesse planejamento, a abertura para a decisão coletiva sobre o formato e conteúdo das conversas a serem desenvolvidas. De forma conectada a isso, o procedimento de análise foi concebido após a realização dos encontros, especialmente por terem se tratado de uma proposta interventiva, que previa a participação ativa dos/as participantes. Relatarei aqui, então, como fiz para articular objeto, objetivos e lentes metodológicas de uma maneira coerente, atendendo ainda a prazos e exigências éticas e burocráticas. Ou, como fiz para que meu caminho coubesse em meu caminhar e vice-versa.

Além disso, toda a descrição contida na “Apresentação” desta tese, em que considero as relações e atividades que tornaram possível este estudo tal como ele se apresenta, também faz parte desse relato sobre metodologia. Uma vez que isso já foi feito, me ateno, nesse momento, no detalhamento das informações que ainda não foram abordadas: caracterização do contexto de realização da pesquisa, cuidados éticos, explicação de como foram realizados os encontros de EPS com as profissionais⁵, de como foi organizado o material decorrente desses encontros, e como o mesmo foi analisado, cumprindo os objetivos propostos.

⁵ Considerando que a maioria das participantes da pesquisa são do gênero feminino, e que a diferença de gênero não é relevante para a análise aqui realizada, optei por padronizar a utilização do gênero feminino ao tratar dos resultados da pesquisa, ao invés da dupla indicação de gênero, adotada no restante do texto. Assim, objetivo dar visibilidade ao gênero feminino no uso da linguagem e conferir anonimato às participantes, com o uso de nomes femininos fictícios.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA: RIBEIRÃO PRETO E SEUS SERVIÇOS

O município de Ribeirão Preto tem pouco mais de 600 mil habitantes, sendo o maior e mais rico município do DRS XIII⁶ do estado de São Paulo. Assim, é responsável por organizar uma série de ações regionais de saúde, dentre elas, as atividades do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), o qual sedia desde 2007. O NEPH tem como função promover a sensibilização e articulação de gestores no tocante a essas temáticas, bem como desenvolver oficinas e vivências com profissionais⁷.

Em meu percurso pelo município, durante o período de realização do doutorado, busquei me aproximar não só dos serviços de saúde mental, mas também das iniciativas de educação permanente. Contudo, não consegui identificar facilmente o NEPH – cujo site foi ao ar no período mais recente de finalização desta tese – sabendo de sua existência apenas mais tarde, quando da participação na Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, ao final do segundo ano na cidade. Até lá, tive ciência apenas de algumas iniciativas, voltadas prioritariamente à rede de atenção básica, com o oferecimento de capacitações e treinamentos, o que considereei como ações distintas das que eu propunha na pesquisa, não investindo, por isso, em uma aproximação.

Com relação à saúde mental, a partir de minha inserção nos serviços e, especialmente, a partir da participação nas reuniões da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, tive contato com alguns relatos e textos que dizem de uma importante história da cidade na proposição de transformações no campo da assistência em saúde mental. Apesar de encontrarmos poucos textos científicos que documentem essa história, ela foi frequentemente retomada nesses espaços, para contextualizar as especificidades e dificuldades do município na assistência em saúde mental. A partir desses contatos, traçarei, neste tópico, um pouco dessa história.

⁶ DRS significa Departamentos Regionais de Saúde. Eles foram organizados para dividir o estado de São Paulo em unidades administrativas, em atendimento ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. São Paulo é dividido em 17 Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde em seus âmbitos, promovendo a articulação intersetorial, entre os municípios e com organismos da sociedade civil. Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em 23 de março de 2016.

⁷ Informações obtidas no site <http://nephrp.com.br/site/sample-page/>. Acesso em 05 de outubro de 2017.

As experiências de transformação no cuidado à saúde mental, no município, começaram no Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP), no final da década de 50. Naquele momento, foram instituídos serviços e práticas que podem ser considerados protótipos dos equipamentos e práticas que seriam instituídos pela Reforma Psiquiátrica, anos mais tarde (Del Bem, Lison, & Marturano, 2002).

Foram instituídos o atendimento extra-hospitalar e multidisciplinar, realizado por psiquiatras, psicólogas/os, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiras/os, com vistas a reabilitação social. Dentre os atendimentos prestados, estava o Clube da Alvorada, que se caracterizava em atividades recreativas e sociais com fins terapêuticos. O Clube da Alvorada foi o embrião do Hospital Dia de Psiquiatria (HD), serviço de internação parcial, instalado em 1965 (Del Bem et al., 2002) e que existe até os dias atuais.

Em 1961 foram instalados quatro leitos de psiquiatria no Hospital das Clínicas, que atualmente é a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. Esses leitos também foram precursores dos leitos em hospital geral, adotados pela Reforma Psiquiátrica, em substituição aos hospitais psiquiátricos (Del Bem et al., 2002).

No início da década de 70, o professor Luiz da Rocha Cerqueira assumiu a direção do Departamento de Psiquiatria, impulsionando ainda mais as transformações nas formas de cuidado e na configuração da rede de atenção. Em 72, uma parceria entre Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Secretaria Estadual de Saúde permitiu a criação de um serviço ambulatorial, no que é atualmente o Hospital Santa Tereza (estadual). Este ambulatório deu origem ao Ambulatório Regional de Saúde Mental, que perdurou ao longo dos anos, tendo sido transformado em CAPS II em 2016. Em 1975, foi iniciado também o atendimento de emergências psiquiátricas no HC, mais uma ação que hoje é prevista no projeto da Reforma e que funciona até os dias atuais no município. Em 78 foi criada a enfermaria de psiquiatria no HCFMRP-USP, com dezesseis leitos, contando atualmente com 22 leitos (Del Bem et al., 2002).

No momento de realização das intervenções que compõem o *corpus* desta pesquisa, em 2015, a rede de atenção especializada em Saúde Mental do município de Ribeirão Preto era composta por nove unidades públicas. A partir da modificação e criação de alguns serviços municipais, essa rede foi ampliada, em 2016, para dez serviços especializados em saúde mental.

Atualmente, os municipais⁸ são: CAPS I Sul Dr. Nelson Okano, que funcionava como Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central, até 2016; CAPS II Norte Dr. Guido Hetem, que funcionava como Ambulatório Regional de Saúde Mental, até 2016; CAPS II Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues; CAPS III Dr. André Santiago; CAPS AD; CAPS i Luiz Carlos de Souza e CAPS i Dr^a Teresinha Garcia José Gradim, criado em 2016.

Além dos serviços municipais, existem ainda, no município, o Hospital Santa Tereza, um hospital psiquiátrico estadual e os serviços da Universidade de São Paulo, compostos por uma Unidade de Psiquiatria do HCFMRP-USP, com ambulatório, enfermaria de psiquiatria e leitos no hospital geral, e um Hospital Dia. O município conta também com leitos para internação no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de Santa Rita do Passa Quatro, município vizinho.

Com o objetivo de oferecer ao/a leitor/a um panorama dos desafios da rede de atenção em saúde mental no momento de realização da coleta de dados, apresentarei, a seguir, uma breve descrição de cada serviço que funcionava na época, resgatando alguns pontos da história de cada um.

O CAPS II Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues é um dos serviços mais antigos de atendimento no município, sendo referência para o distrito central. Tem suas práticas bastante estabilizadas, com oficinas e equipe fixa e vinculação de muitos pacientes há anos. Neste CAPS II é desenvolvido um projeto de economia solidária baseado na produção e venda de artesanato, já assíduo nas feiras de artesanato da cidade. Além disso, há uma associação de usuários e profissionais chamada Loucos pela Liberdade, que subsidia ações culturais e de economia solidária.

O CAPS AD foi “fundado” em 1996 como Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes (NAPS-F). Funciona num prédio de uma entidade filantrópica chamada Sanatório Espírita Vicente de Paulo, onde antes funcionava um manicômio de mesmo nome, sendo administrado por esta entidade. Desde 2003 está habilitado como CAPS II AD junto ao Ministério da Saúde e é referência para toda a região de Ribeirão Preto. Deste modo, o município tem uma demanda maior do que o CAPS AD consegue atender, sendo urgente a instituição de um CAPS AD III, possibilitando aumento de leitos que auxiliariam a manter as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, no momento

⁸ Informações obtidas no site da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, no dia 15 de julho de 2017, a partir do endereço: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16indice-uneespec.php>.

atual de alta demanda e de valorização cultural e política da internação em comunidades terapêuticas.

O CAPS III Dr. André Santiago foi “fundado” em 2008, mas naquele momento configurou-se como um serviço de urgência e emergência, que era referência para todo município. A partir de 2013, o CAPS III iniciou a reestruturação de suas práticas, voltando-se a uma atuação como CAPS propriamente dito, requisitando sua habilitação junto ao Ministério da Saúde em 2015.

O CAPS III oferece atendimento 24 horas em regime intensivo, com cinco leitos de permanência por sete dias contínuos ou dez descontínuos, além de atendimento ambulatorial, que se volta a pessoas que receberam diagnósticos de transtornos menores, sendo referência para o distrito oeste da cidade. Localiza-se ao lado do CAPS AD, dividindo o prédio do antigo sanatório da entidade filantrópica Espírita Vicente de Paulo. Tinha, em 2015, como desafios específicos, o processo de reestruturação das práticas e a construção de uma nova cultura junto à população, diante da mudança do foco no atendimento em urgências e emergências. Além disso, enfrentava o crescimento da demanda de atendimentos, devido à absorção de uma demanda que antes era atendida por um ambulatório, do mesmo distrito, que fora fechado, além de ser responsável pela maior área de abrangência da cidade. Na época, era comum a ocupação de leitos por períodos muito maiores do que os necessários para o tratamento por pessoas sem moradia, corroborando o que afirma Vasconcelos sobre o serviço de saúde mental se tornar um depositário de todas as mazelas sociais (Vasconcelos, 2010). Essa situação, não alterada até o momento de finalização dessa tese, é intensificada pela escassez dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e pela inexistência de programas residenciais a pessoas sem moradia, mas que não são egressas de hospitais psiquiátricos.

O CAPS I Luiz Carlos de Souza foi fundado em 2011 e habilitado no Ministério da Saúde, voltando-se ao atendimento de crianças e adolescentes, até 18 anos, usuárias de álcool e outras drogas. É um serviço do tipo II, sem leitos de acolhimento e com funcionamento diurno, sendo referência para toda a cidade. No ano de 2015, o CAPS I trabalhava com a construção de Projeto Terapêutico Individual, a partir da designação de uma profissional de referência para cada caso. Tal como no CAPS III, um desafio importante para este CAPS I era a inexistência de SRT para as crianças e jovens atendidos, que muitas vezes vivem em situação de rua. Além disso, este CAPS enfrentava uma disputa, junto à parte da população, que reivindicava o atendimento de outros transtornos mentais, uma vez que o atendimento de crianças e adolescentes com

questões mentais e psiquiátricas, no município, era feito apenas pelo Posto de Atendimento Médico (PAM), um serviço ligado à Rede de Atenção Básica.

Essa situação foi amenizada, em 2016, com a criação do CAPS i Dr^a Teresinha Garcia José Gradim, um serviço do tipo I, que faz o atendimento de crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos mentais, de todo o município.

Os Ambulatórios Regional e Central eram serviços de atendimento em psiquiatria e psicologia clínica para pessoas maiores de 18 anos, com diagnóstico de transtornos mentais menores e atendimento restrito a consultas, sendo referência para os distritos em que estavam localizados. Atendiam um grande número de pessoas, devido ao tipo de atendimento prestado, que previa maior rotatividade. Tinham um relacionamento incipiente com a atenção básica, se restringindo, muitas vezes, ao acolhimento de pacientes referenciados.

Enfrentavam, na época, uma dificuldade de financiamento, devido à inexistência de uma linha de financiamento junto ao Ministério, já que o serviço não era previsto como parte da rede de atenção psicossocial. Por isso, os mesmos foram reorganizados, em 2016, atendendo os requisitos do Ministério da Saúde para funcionamento como CAPS. Com a habilitação junto ao Ministério, os serviços passam a receber uma verba ministerial, além do montante financiado pelo município.

As Unidades do HC-USP se configuram em serviços-escola e trabalham com maior autonomia na definição e controle da demanda de atendimentos. A unidade de urgência psiquiátrica é referência para o distrito oeste, sendo os demais distritos referenciados para a UPA (Unidade de Pronto-atendimento), em caso de urgência. Tem 22 leitos para internação na Enfermaria de Psiquiatria e oito no hospital geral. Já o Hospital Dia, estabelece critérios para inclusão de pacientes nos atendimentos, dentre eles a disponibilidade da família para participação no tratamento, nos grupos e demais atividades oferecidas à família no serviço. Assim, têm a possibilidade de configurar-se em modelos de prestação de serviço em saúde mental, o que atende à demanda de qualificação das/os alunas/os em especialização em saúde mental, por meio de residências e aprimoramentos realizados na unidade.

O hospital Santa Tereza foi criado em 1944 para internação de pacientes provenientes do Hospital de Juqueri, de São Paulo, mas também para tirar das ruas pessoas “indesejadas”, trazidas para a cidade em decorrência da produção de café, que gerou o rápido e desigual crescimento da cidade (Guimarães, 2001). Tem este nome devido à alusão a uma fazenda e uma estação de trem de mesmo nome, que antes

funcionaram no local⁹. O hospital Santa Tereza presta cuidado à pacientes em crise aguda, com 80 leitos, mas também se volta ao cuidado de pacientes egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a partir de Serviços Residenciais Terapêuticos.

O município de Ribeirão Preto conta, assim, com o total de 158 leitos, divididos entre o HC, o Hospital Santa Tereza, o CAIS de Santa Rita do Passa Quatro e o CAPS III.

Com esses serviços, Ribeirão Preto tem uma rede ainda insuficiente devido à demanda crescente, mas também pela inexistência de outros componentes essenciais da Rede de Atenção Psicossocial, como serviços de acolhimento provisório e centros de convivência. Além disso, o apoio em saúde mental oferecido pela atenção básica, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família, ainda é bastante limitado, devido ao despreparo dos/as profissionais e preconceito social, que afasta as pessoas em sofrimento mental dos espaços comuns de cuidado à saúde. Desta maneira, temos um cenário de permanência de pacientes nos CAPS, uma vez que não há uma rede para continuidade do atendimento psicossocial e inserção social.

As determinações sociais da saúde são muito relevantes no processo de tratamento em saúde mental uma vez que a ausência de moradia e de rede social se tornam, com frequência, a razão principal de internações prolongadas ou de prolongamento do acolhimento 24h no CAPS III, como já foi mencionado.

No momento da pesquisa, fazia-se urgente a abertura de outros CAPS, especialmente CAPS III, CAPS ad III e CAPS i, além dos demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial, viabilizando a qualificação do atendimento prestado nos CAPS, na direção da Reforma Psiquiátrica, com inclusão social e autonomia. Entretanto, o financiamento e o interesse político estão no centro da problemática, tal como acontece em todo o SUS. Há escassez de recursos para a construção de espaços adequados e contratação de recursos humanos, bem como um jogo de interesses políticos e corporativistas, que impedem que a desinstitucionalização e o cuidado efetivo das pessoas que recebem diagnósticos psiquiátricos ocorra. A efetividade dos serviços é ponto importantíssimo para a construção da confiança de pacientes e familiares nos mesmos, impulsionando a transformação cultural em torno dos modos de se lidar com a loucura, tão arraigada à ideia da internação como fundamento do tratamento.

⁹ Informação obtida no site do governo do estado de São Paulo, disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/hospital-santa-tereza-de-ribeirao-preto/institucional/sobre-o-hospital>. Acesso em 04/04/2016.

A partir do panorama apresentado, podemos entender que, apesar de ter uma importante história na construção dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como contar com o apoio de diversas universidades presentes no município – dentre elas a Universidade de São Paulo – na formação de recursos humanos, Ribeirão Preto, atualmente, compartilha com outros municípios brasileiros importantes desafios para implementação da reforma psiquiátrica.

6.2 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada seguindo as orientações contidas na Resolução CNS nº 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2013), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FFCLRP-USP (CAAE nº 32777414.4.0000.5407 – Anexo A) e pela Prefeitura de Ribeirão Preto (Anexo B).

A participação nesta pesquisa não ofereceu riscos previsíveis à saúde física ou mental das profissionais. As identidades de todas foram mantidas em sigilo, garantido seu anonimato e privacidade, tendo sido utilizados nomes fictícios, inclusive para as/os pacientes e familiares citados/as nas interações.

Os serviços nos quais as participantes trabalhavam, por sua vez, mesmo que não explicitamente nomeados, podem ser identificados a partir de características citadas em alguns trechos de transcrições apresentados. As características dos serviços estão intimamente ligadas aos processos de trabalho, sendo parte inerente de conversas sobre práticas. Assim, elas perpassaram todo o processo de EPS realizado. Contudo, essa possível identificação não coloca em risco o anonimato das participantes.

O convite para participação foi feito ressaltando o caráter voluntário da participação, informação que foi retomada no primeiro encontro com cada grupo, quando da apresentação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Consentimento para Composição de Banco de Dados (Apêndices A e B, respectivamente).

Os encontros ocorreram nos próprios serviços, durante o horário de trabalho das participantes, em momentos previamente acordados com a gerência de cada instituição. Assim, se deram em horários habituais de reuniões de equipe, de modo a não interferir no atendimento às/aos usuárias/os dos serviços.

No processo final de escrita desta tese, a mesma foi apresentada às participantes. Nessa apresentação, dei destaque aos resultados, enfatizando a forma de análise dos processos de EPS realizados, possibilitando que elas tivessem ciência do trabalho para o qual colaboraram com sua participação. Busquei, também, enfatizar a questão do

sigilo, conversando com as participantes sobre como haviam se sentido ao verem trechos de suas falas representadas no estudo. A partir disso, algumas expressões coloquiais, consideradas como possibilidade de identificação das participantes, foram retiradas dos trechos apresentados.

Após a finalização da escrita da tese, um relatório sobre a pesquisa foi encaminhado à Prefeitura de Ribeirão Preto, cumprindo ao solicitado, quando da autorização para realização do estudo.

6.3 COMO FORAM ORGANIZADOS OS GRUPOS E OS PROCESSOS DE EPS

A partir da perspectiva construcionista social, como já dito, somos convidadas a estudar o grupo como uma prática, como uma “construção social”, o que significa tomá-lo como uma prática discursiva, isto é, como uma maneira de criar realidades relacionais pela linguagem. Desta forma, o grupo não é tomado aqui apenas como um conjunto de indivíduos, mas como um recurso conversacional, na medida em que ele mesmo é construído, como uma realidade, por meio do intercâmbio entre as pessoas.

Nesse sentido, a organização do grupo, em termos de composição e funcionamento, são aspectos muito valorizados pela perspectiva construcionista social. Desde a forma como se faz o convite à participação, deve-se ter atenção à construção da forma de relacionamento que se almeja, o que, como vimos no tópico 4.3, chamamos de construção do contexto relacional.

Nesta pesquisa, em acordo com a política de EPS, almejávamos a construção de grupos e processos conversacionais pautados na não-hierarquia, no respeito mútuo e na participação ativa, com autonomia.

Assim, o movimento de aproximação das profissionais, para convite à participação, perdurou por quatro meses, envolvendo contato com a gerência dos serviços, apresentação da proposta em momentos de reunião de equipe e realização de conversas individuais preparatórias, com as interessadas em participar. A proposta da pesquisa foi oferecida a todos os serviços.

A partir destes contatos, adequamos nossa proposta inicial às necessidades e disponibilidades das interessadas, formando dois grupos com profissionais dos dois serviços em que tivemos maior número de interessadas. Um grupo teve a participação de oito profissionais e o outro, de dez profissionais.

Ao todo, tivemos a participação de 18 profissionais, sendo 4 psicólogas, 1 médica, 1 terapeuta ocupacional, 3 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 4 auxiliares técnicas em enfermagem, 1 gerente, 1 estagiária de psicologia e 1 estagiária de enfermagem. Não

especificaremos, aqui, a área de formação das profissionais que participaram em cada grupo, visando proteger o anonimato das mesmas, mas também considerando que o impacto das diferentes formações no processo conversacional não é algo elegido por nós como objetivo do trabalho.

No início do primeiro encontro, tive, com as profissionais, uma conversa sobre o cronograma dos encontros. Propus a realização de, no mínimo 5 e no máximo 10 encontros, o que seria negociado com as participantes no decorrer dos mesmos. O número mínimo de 5 foi estabelecido por ser um número médio que se mostrou produtivo em outras pesquisas com enfoque na produção de sentidos (Jesus, 2012; Moscheta, 2011; Oliveira, 2012). E o número máximo de 10 encontros foi estabelecido por ser um número factível, considerando os prazos de realização da pesquisa e para a finalização da tese, e, em especial, considerando a extensão das informações a serem analisadas, dada a configuração de um *corpus* qualitativo.

Dessa forma, no primeiro encontro com cada grupo, a partir da negociação conjunta, elaboramos (facilitadora e participantes) um cronograma com as datas para os próximos quatro encontros, totalizando o mínimo de cinco. Mas, combinamos que a proposta de realização de mais encontros ficaria como uma possibilidade a ser considerada no quinto e último encontro, já agendado naquele momento.

Em um dos grupos, os encontros foram estendidos em mais dois, totalizando sete encontros, que foram realizados até o último mês de 2015, prazo máximo para finalização da coleta de dados. Em outro, essa possibilidade foi inviabilizada, devido a uma série de imprevistos que levaram ao adiamento de dois encontros já previstos no cronograma inicial, estendendo-o, também, até o final do ano de 2015. Com isso, realizamos sete encontros com um dos grupos e cinco encontros com outro, totalizando doze encontros.

Os encontros foram realizados durante o período de trabalho das profissionais, em horário de reuniões habituais das equipes, evitando o prejuízo às atividades de assistência. Em um dos grupos, os encontros tiveram frequência quinzenal e no outro, frequência mensal. Foi acordado com as participantes que a duração máxima dos encontros seria de 1 hora e 30 minutos, considerando as possibilidades e disponibilidades das mesmas. Assim, eles tiveram a duração média de 1 hora e 15 minutos. Os encontros aconteceram em roda, permitindo a interação direta entre as participantes, com a utilização de dois gravadores, posicionados nas extremidades, dentro da roda, visando à captação da voz de todas as participantes.

Além das questões formais da pesquisa, combinei com as participantes que, em cada encontro, eu levaria um lanche para compartilharmos. Dessa maneira, a comida

ficava no centro da roda e transitava entre as conversas nas bocas cheias ao falar e também nos pedidos de “passa o guardanapo” ou “corta pra mim um pedaço de bolo, por favor!”. No decorrer dos encontros, outras participantes também levaram algo para compartilhar com o grupo, que era somado ao lanche que eu levava. Os elogios à comida se misturavam ao agradecimento a quem a havia levado e isso gerou um clima de proximidade e afeto nos grupos. O lanche foi, assim, um agente agregador, convidando a relações mais espontâneas.

Após as negociações de participação e cronograma, iniciei as gravações, com uma definição rápida da proposta da EPS como uma metodologia problematizadora e pautada na construção conjunta. A partir daí, apresentei alguns tópicos de contrato grupal que havia preparado, em consonância com a proposta da EPS e com vistas à construção do contexto relacional, conforme proposto por Rasera e Japur (2006).

Dessa forma, propus: o respeito mútuo entre as participantes e a valorização das falas de todas; o engajamento nas discussões; a não hierarquia entre as participantes; a responsabilidade de todas pelos conteúdos e processos conversacionais; e a responsabilidade mútua pelo grupo. Com relação ao último ponto, esclareci que a participação no grupo seria tomada como uma forma de construção conjunta, que poderia ser afetada pela desistência de uma das pessoas. Com isso, apesar da desistência da participação na pesquisa ser um aspecto ético garantido às participantes, também por uma questão ética, solicitei que a desistência de participação fosse comunicada ao grupo e a mim, pesquisadora, previamente, possibilitando o manejo da situação junto ao grupo.

Esse manejo é realizado em práticas grupais no intuito de cuidar do bem-estar das/dos demais participantes, que podem vir a se sentir desestimuladas/os e/ou responsáveis pela desistência de uma pessoa. Essas propostas foram acordadas em ambos os grupos e, em um deles, houve a desistência de uma participante, como já mencionado, que conversou comigo num momento prévio ao segundo encontro, possibilitando que eu conversasse com o grupo sobre sua desistência.

Em seguida à apresentação do contrato grupal, solicitei às participantes que se apresentassem, dizendo sua especialidade e relatassem quais caminhos ou escolhas de vida as tinham levado a trabalhar na saúde mental e em seus locais de trabalho atuais. Com esse pedido, objetivava não só conhecer as profissionais, mas também ter informações sobre o preparo formal que tiveram para o trabalho nos CAPS, bem como incitá-las a uma participação engajada no grupo, a partir de suas experiências pessoais.

Após as apresentações e relatos pessoais, as participantes foram convidadas a conversarem sobre o cotidiano do cuidado às famílias em suas respectivas unidades de

trabalho. A partir daí as conversas seguiram no ritmo escolhido e construído por cada grupo, tomando características próprias que geraram encaminhamentos diversos para cada encontro.

No intervalo entre um encontro e outro, procedi na transcrição literal do áudio do encontro realizado, tarefa que me possibilitou um aprofundamento na compreensão do processo interacional e dos temas tratados em cada encontro. A partir disso, elaborei um Registro Reflexivo para cada encontro realizado, que utilizei como ferramenta para iniciar cada encontro subsequente.

Inspirado na proposta das Cartas Terapêuticas (Chen, Noosbond, & Bruce, 1998; Paiva & Rasera, 2012) os Registros Reflexivos tinham quatro objetivos: propiciar uma memória dos encontros, possibilitando que as pessoas relembassem o que havia sido discutido no encontro anterior e registrando o conjunto de encontros realizados; ser uma possibilidade de intervenção reflexiva no momento interacional; cuidar do processo grupal, nomeando potencialidades, dando visibilidade aos sentidos criados nas conversas e construindo a importância das conversas travadas; e ser um exercício reflexivo para mim, como facilitadora, sobre minha própria prática, visando minha preparação para cada encontro subsequente.

Partindo desses objetivos, alguns princípios e regras guiaram a produção dos Registros: 1- ter, no máximo, uma página, de modo que sua leitura não tomasse muito tempo do encontro; 2- abordar os assuntos que mais suscitaram o engajamento grupal em sua discussão; 3- ressaltar a produção relacional dos sentidos, priorizando o grupo como um todo como autor das discussões e sentidos; 4- valorizar recursos e potencialidades, ao invés de problemas; 5- propor reflexões dialógicas e problematizações de conceitos e ideias naturalizadas; 6- cuidar do processo conversacional, para que ele fosse útil e conectado ao cotidiano das participantes, conforme política da EPS.

Dessa forma, nos Registro Reflexivos, eu me posicionava a favor de algumas posturas e sentidos que ampliavam as possibilidades de ação à equipe, bem como falava explicitamente de minha leitura sobre o processo grupal, apontando caminhos que podiam se configurar úteis na construção de parcerias e aprendizagens. Assim, eles se configuram em uma forma de dar visibilidade aos processos dos grupos, tendo feito parte do *corpus* de análise. Eles se encontram, na íntegra, como Apêndices C e D, ao final desta tese.

Tal como dito, os Registros Reflexivos eram lidos no início de cada encontro, de maneira livre, sem o convite para que a equipe os tomasse como foco de discussão.

Assim, em alguns encontros o Registro foi tomado como tópico das conversas e em outros, não.

Após a leitura do Registro, as conversas eram iniciadas pelas participantes da maneira como desejassem no momento, a não ser que alguma temática ou formato tivesse sido proposta e combinada por elas no encontro anterior. Para possibilitar este planejamento, ao final de cada encontro, eu questionava à equipe se queriam propor algum planejamento para o encontro seguinte, tal como a leitura de algum texto, a discussão de algum tema específico ou de algum caso atendido ou qualquer outro formato desejado por elas.

A partir das conversas das participantes, na função de facilitadora, busquei fazer comentários críticos e convites à reflexão, a partir de uma postura responsiva, curiosa, comprometida e respeitosa diante das conversas e interações desenvolvidas no grupo.

Essa postura foi construída a partir dos orientadores das/os autoras/es construcionistas sociais, já apresentadas no tópico 4.3, permitindo que, mesmo mantendo o processo completamente aberto à coordenação pelas próprias participantes, os encontros ainda se constituíssem em intervenções.

No último encontro, com ambos os grupos, realizei uma conversa de fechamento do processo conversacional vivido, com algumas perguntas disparadoras sobre o mesmo, que foram utilizadas como forma de estimular uma conversa de avaliação. Essa avaliação se configurou em um auxílio importante para identificação dos momentos significativos vividos pelas participantes, sendo um recurso para análise dos processos de EPS e dos processos conversacionais (Rasera & Guanaes, 2010).

6.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Renata: Como tá sendo pra você participar, assim? Por que você veio como pesquisadora, mas de alguma forma você adentra, né, no mundo profissional da gente, aqui nós somos o outro pra você, né?!

Gabriela: É! (...) ontem eu estava pensando sobre isso, assim... É... a pesquisa ficou meio de lado, assim, tem hora que eu até me esqueço. O gravador que não me deixa esquecer, mas, eu me envolvi muito, assim. (...) E aí, eu nem sei, porque a pesquisa é um recorte que a gente faz, né, de uma vivência que às vezes foi tão mais rica, uma coisa meio quadrada. Mas muito além disso, eu já pensei várias coisas pra minha vida, pra minha profissão a partir das discussões que a gente tem aqui, sabe?

Tereza: Na minha concepção, por conta disso, quando você esquece que tá fazendo pesquisa, aí tem pesquisa! (ri)

Gabriela: É! Eu acho! Porque assim, a minha transformação aconteceu, independente de eu ter que escrever um texto, sabe?! Eu acho isso importante. Mais do que a tese (...). Isso eu levo, assim, já foi bem marcante mesmo, pra mim.

Tereza: Não, põe isso na tese também! As pessoas precisam ler isso!

(Trecho de transcrição: Processo “Primavera entre os dentes”, Encontro 7, p. 15-16, linhas 495-513)

Para análise dos processos de EPS, da qual a transcrição do material gravado faz parte, as experiências vividas nos encontros foram fundamentais. Como ilustração desse envolvimento, coloquei como epígrafe desse tópico um trecho do último encontro com um dos grupos, em que conversávamos sobre todo o processo e as participantes haviam contado o que tinha sido mais importante para elas no decorrer das discussões. Nesse contexto, Renata teve o interesse de saber minha opinião sobre o processo.

Diante da pergunta da Renata, tive a oportunidade de contar um pouco sobre meu estar no grupo, considerando meu grande envolvimento e a relação com a pesquisa. Desde o início, me preparei para estar com os grupos com foco nas interações momentâneas, vivenciando os encontros “como se eles não fizessem parte de uma pesquisa”. Contudo, o envolvimento que tive com os processos foi além do que eu havia imaginado. Com isso, muitas aprendizagens e transformações ocorreram em meu modo de pensar e compreender o atendimento em saúde mental e as possibilidades dos CAPS, influenciando na composição desta tese. Tive a oportunidade de vivenciar um pouco do cotidiano dos serviços durante o período dos encontros de um modo bastante profundo, por se tratar das conversas das profissionais sobre o que era desafiador nos contextos de trabalho. Ao mesmo tempo, pude ter um distanciamento do contexto, pelo intervalo de tempo entre os encontros e por não estar imersa diariamente nos contextos de trabalho, o que me permitiu ter o tempo do estudo e do devaneio para arejar preconcepções, aprofundar compreensões, analisar significados, enfim, me debruçar sobre as conversas desenvolvidas de modo a pensar alternativas de sentidos. Estar nos grupos foi uma experiência sobre o poder inspirador e transformador da confiança mútua e do coletivo; mas também sobre a frustração com as limitações encontradas para o fazer profissional, em comparação com o preconizado em lei ou nos livros.

Por isso, analisar os processos desenvolvidos foi um grande desafio devido ao risco de tornar algo que foi rico e complexo, numa análise simplista. Na busca por transpor essa complexidade para este texto, acolho a sugestão da Tereza, de que essa reflexão, essa aprendizagem, fizessem parte desta tese, literalmente.

Com a explicitação deste trecho busco, ainda, fortalecer a ideia de que a facilitação dos processos foi fundamental para propiciar a análise que aqui proponho. A partir disso, pude realizar a transcrição e edição do material, de modo a delimitar pontos analíticos e a dar visibilidade empírica a eles. Em outras palavras, e apoiada na ideia da poética social de Shotter (2000), construí os pontos analíticos demarcados pela minha inquietação, como facilitadora e pesquisadora, diante dos assuntos tratados e da forma de interação no grupo. Assim, de certa forma, os procedimentos de facilitação dos

processos e os procedimentos de análise da pesquisa se interconectam. Com isso, a análise dos dois processos foi realizada de maneira separada, dando visibilidade às especificidades de cada um, a partir da delimitação de seus momentos críticos.

6.4.1 Transcrição das conversas

Tal como já foi dito, as conversas desenvolvidas nos encontros foram áudio gravadas e transcritas literalmente em meio digital, no intervalo de tempo entre um encontro e outro, constituindo o *corpus* de análise, juntamente com os Registros Reflexivos produzidos.

Para transcrição do material gravado foi importantíssima a ajuda inicial das assistentes de campo¹⁰, colaboradoras com função de observação silenciosa, que me auxiliaram realizando notas sobre a ordem das falas e sobre interrupções e imprevistos que poderiam afetar a gravação do áudio. A presença delas se fez muito importante nos primeiros encontros com cada grupo, quando eu ainda não tinha familiaridade com os nomes das participantes e seus timbres vocais. Dessa forma, o registro da ordem das falas foi essencial para possibilitar a atribuição de autoria das falas na transcrição do áudio gravado, o que foi se tornando desnecessário no decorrer dos encontros, quando me tornei muito familiarizada com as participantes.

A partir do panorama construcionista social apresentado no capítulo 1, o/a leitor/a pode se questionar: qual é a razão da utilização de recursos empíricos de pesquisa, como a áudio-gravação e a transcrição de encontros de EPS, se o construcionismo social questiona a ideia de descoberta científica e busca pela verdade? A essa questão, esclareço que o uso desses e de outros registros não é feito com o intuito de garantir a validade das pesquisas, ou mesmo de delimitar um ponto fixo e naturalizado a partir do qual o argumento da pesquisa possa se apoiar (Moscheta, 2011), mas são utilizados como forma de dar visibilidade ao aspecto relacional e interacional que propiciou a mim as interpretações feitas.

Nesse sentido, a transcrição literal em arquivo digital teve como objetivo constituir uma versão escrita para as falas e processos interacionais, facilitando a análise na medida em que confere praticidade ao processo de localização de palavras, expressões e momentos interativos específicos. Possibilita, ainda, a explicitação, para

¹⁰ Nesta função, tive a colaboração dedicada das colegas de laboratório de pesquisa (LAPEPG-USP), Giovanna Doricci (doutoranda) e Luiza Menezes (Mestranda), cada uma em um encontro, a depender de suas disponibilidades horárias.

o/a leitor/a, de exemplos dos resultados construídos. Além disso, fazer a transcrição de maneira concomitante ao período de realização dos encontros foi muito importante para a compreensão das interações e temáticas discutidas, o que me permitiu um envolvimento mais rápido e profundo com os grupos, e a construção dos Registros Reflexivos.

Chamo de transcrição literal a transcrição das palavras ditas pelas participantes tal como foram pronunciadas, com a entonação compreendida por mim, considerando as interações ocorridas em cada encontro. Segundo Bakhtin, “a palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” (Bakhtin, 2010, p. 36). Isso não significa, contudo, que toda a riqueza da interação humana, *performada* por meio de signos, possa ser colocada em palavras. Existem várias formas de comunicação humana que não podem ser substituídas por palavras, como uma escultura ou um gesto, por exemplo. Apesar disso, todo processo de expressão humana, por mais que extrapole em muito o âmbito das palavras, se apoia nelas e é acompanhado por elas (Bakhtin, 2010).

A partir disso, considero que seja importante que as transcrições de materiais de pesquisa qualitativa sejam realizadas pelo/a próprio/a pesquisador/a que realizou a construção dos dados. Entendo que muitos sentidos e tons das interações seriam perdidos caso outra pessoa, que não estivesse presente, tivesse realizado as transcrições.

No processo de transcrever o material gravado das interações nas quais participei, me dei conta do quanto a linguagem falada e o processo de entendimento mútuo são complexos. Em alguns momentos fiquei pensando que, quando transcritas, algumas frases não teriam sentido. Em meio a tanta palavra dita emendada, dita pela metade, a um monte de vícios de expressão e a sentidos subentendidos no momento da interação, como é possível nos entendermos?

Isso é possível porque para além das palavras, nossa linguagem inclui gestos, olhares, tom e volume de voz, sotaques, gírias, onomatopeias, enfim, diversos tipos de expressões que são corporificadas e que, sem elas, as palavras perderiam o sentido. Por meio da linguagem falada e corporificada o processo de suplementação (Gergen, 1994) ou de ação conjunta acontece (Shotter, 2000). E tudo isso, em sua completude, não é passível de expressão na linguagem escrita das transcrições. Assim, o processo de transcrição realizado pode ser considerado uma forma de edição do material áudio gravado, realizado a partir da minha interpretação para a escrita do que foi dito, guiada por minha participação nos encontros.

Ao todo foram cerca de quinze horas de material áudio-gravado, totalizando 371 páginas de material transcrito. Buscando dar fluidez na leitura do texto transcrito, optei por escrever as palavras com ortografia correta, mesmo quando eram pronunciadas de

maneira incorreta em comparação à norma, devido a sotaque e vícios de linguagem. Porém, mantive o modo coloquial de fala quando este não implicava em dificultar o entendimento das falas escritas e quando isso não implicava em colocar em risco o anonimato das participantes. Deste modo, mantive, por exemplo, o uso da palavra “cê” substituindo “você” e da palavra “pra” substituindo “para”. Além disso, visando dar visibilidade às entonações, realizei as transcrições seguindo a pontuação descrita na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Pontuação utilizada nas transcrições e seus significados.

Pontuação	Representação	Significado na Transcrição
Ponto final	.	Entonação descendente, seguida de pausa.
Exclamação	!	Tom animado, enfático ou imperativo de fala.
Interrogação	?	Entonação ascendente, indicando pergunta ou dúvida.
Interrogação e exclamação	?!	Entonação ascendente, indicando a busca por confirmação do grupo, ou, em outras palavras, uma pergunta retórica.
Reticências	...	Pausa ou ruptura no ritmo, sem queda na entonação.
Reticências entre parênteses	(...)	Trecho incompreendido na transcrição ou omitido no momento da citação, visando concisão.
Parêntesis	()	Trecho para esclarecer algo das falas, como: um dado de contexto, a expressão facial durante a fala ou o significado de uma sigla citada; ou para citar falas feitas ao mesmo tempo por duas participantes ou mais.
Barra	/	Indica que uma pessoa interrompeu uma fala em desenvolvimento e que a pessoa que falava parou de falar para dar voz à interrupção.
Uso de fonte itálica	<i>Itálico</i>	Indica que a palavra ou a expressão foi dita ressaltada, em tom de voz mais alto ou de maneira espaçada.

6.4.2 Momentos críticos na interação

A noção de momentos críticos é de fundamental importância para quem trabalha com a negociação de sentidos em diferentes campos. Diferentes autoras/es enfatizam diferentes aspectos ao conceituarem os momentos críticos, mas de modo geral, dizem respeito a momentos que são de crucial importância para produzirem a mudança: de

sentido, de relacionamento, de avaliação, de decisão. São como um momento de epifania – ou a possibilidade de construção dessa epifania – a partir de algum engajamento coletivo na construção de algum sentido. Por isso são também chamados de momentos “Aha!” (Barret, 2004; Leary, 2004b; Menkel-Meadow, 2004).

Uma controvérsia na noção de momentos críticos diz respeito à possibilidade de identificar um momento crítico na ocasião em que este ocorre, sendo possível a ação no sentido de aproveitar este momento (Green & Wheeler, 2004) ou de que só podemos identificar um momento crítico depois que ele ocorreu, a partir da interpretação, considerando a sequência de acontecimentos que o seguem (Barret, 2004; Leary, 2004b). Contudo, mesmo a partir dessa noção retrospectiva, os momentos críticos são eventos que podem ser acionados na interação subsequente e, então, serem diretamente manejados para produzirem mudanças, pelo/a facilitador/a (Leary, 2004b).

Além disso, as/os estudiosas/os apontam que a definição do que é um momento crítico é algo complexo, também, pela possibilidade de haver diferentes interpretações pelas/os participantes do grupo. Nesse sentido, Green e Wheeler (2004) definem momentos críticos como aqueles em que pelo menos uma das partes reconhece a possibilidade imediata de um processo de mudança fundamental.

Outro critério de definição de um momento crítico pode ser o potencial de geração de resultados para além das transformações ocorridas no momento interacional (Menkel-Meadow, 2004).

Diante dessa variabilidade de critérios e definidores, Barret (2004) considera que os momentos críticos seriam, em última instância, construções da imaginação. Nesse sentido, Leary (2004b) nos fala sobre os momentos críticos como momentos relacionais. A relação não seria, assim, um componente do processo, mas a essência de todo o processo.

Estas diferentes noções de momentos críticos me guiaram em diferentes passos da pesquisa, na medida em que o processo com os grupos se deu pautado na intenção de promoção de reflexões e transformações de sentidos sobre as práticas.

Deste modo, durante a facilitação dos processos, como já explicado, busquei fazer intervenções reflexivas em ocasiões em que encontrava a potencialidade de desconstrução, construção e ampliação de sentidos sobre práticas de cuidado, de modo condizente com uma atuação psicossocial. Contudo, no momento interacional e/ou no momento de transcrição do material, me dei conta que, muitas vezes, minhas falas não ressoaram no grupo de modo a produzir a transformação de sentidos que eu almejava. Afinal, como aponta Gergen (1994), em sua teoria do significado, o sentido é um

empreendimento coletivo ou, nas palavras de Shotter (2000), o sentido é resultado de uma ação conjunta.

Já no momento de construção dos Registros Reflexivos, que podem ser entendidos como uma parte do processo de grupo e também de primeira análise do material, busquei promover reflexões com a expectativa de que elas poderiam ser disparadoras de transformações, se fizessem sentido ao grupo, no momento da leitura dos mesmos. Na etapa formal e sistemática de análise dos dados, aqui focalizada, delimito como momentos críticos os momentos de interação em que importantes transformações de sentido ocorreram, de modo a convidarem à reflexão crítica sobre práticas em saúde mental. Chamo de reflexões críticas aquelas que nos convidam a olhar para como nossas maneiras de pensar e agir promovem o que chamamos de problemas em nossas práticas de cuidado (Gergen, 2015a).

É importante ressaltar que nem sempre os momentos críticos delimitados se configuraram a partir de uma intervenção feita por mim, como facilitadora. Considerando o formato proposto para a EPS, que privilegia a não hierarquia, autonomia e valorização do saber de todas e todos, o/a leitor/a perceberá, adiante, que vários momentos críticos se deram na interação livre entre as participantes, por mais que os Registros Reflexivos tenham se configurado, em alguns deles, em uma importante ferramenta reflexiva.

Para delimitação dos momentos críticos foi importante a consideração de três aspectos: 1- O envolvimento do grupo com a discussão, isto é, a identificação de momentos em que o grupo se engajou em torno de alguma discussão; 2- O que a discussão despertou em mim em termos de mobilização teórica e afetiva, isto é, momentos em que a discussão travada me mobilizou emocionalmente e/ou suscitou em mim reflexões teóricas críticas; e 3- As reverberações para as participantes e interações subsequentes do grupo, isto é, a observação de se e como aquela interação ou discussão gerou transformações de sentidos e reflexões para além do momento crítico em si.

Desta forma, os momentos críticos são tomados como marcos do processo conversacional, que indicam algo vivido no grupo como significativo, gerando transformação de sentidos. A partir da identificação de um momento crítico, retomo alguns pontos anteriores na interação que se articulam ou se relacionam, culminando na produção daquele momento crítico. Em seguida, apresento pontos na interação que o sucederam, podendo ser considerados como reverberações do momento crítico delimitado. Em outras palavras, a partir de um momento crítico delimitado, me dediquei a analisar o processo conversacional para dar visibilidade aos elementos que o antecederam e que o sucederam. Os que o antecederam, justificam, de certo modo, a

construção da intervenção, seja ela feita pela facilitadora ou por outra participante; os que o sucederam, apontam a direção da mudança (transformação de sentidos).

Para compartilhar com o/a leitor/a o processo de interpretação e delimitação dos momentos críticos, fiz a edição da interação ocorrida em cada ponto que se articula com o momento crítico delimitado, de modo a dar destaque ao que considere como a construção daquele momento crítico. Assumo, assim, o uso da liberdade criativa de pesquisadora, tomando as experiências de facilitação e as transcrições como disparadoras das interpretações e argumentos que desenvolvo. Em outros termos, a partir da apresentação da edição das transcrições, delineio o contexto para compreensão do meu processo de reflexão, interpretação e criação na análise das interações, a partir das lentes teórico-metodológicas escolhidas. Desta forma, os trechos apresentados são construções minhas, a partir de uma multiplicidade de vozes – das participantes, dos referenciais estudados, de minha orientadora, das colegas de laboratório de pesquisa etc. – sendo uma forma de dar sentido às interações, ao invés de se proporem como dados inquestionáveis da pesquisa, como critica Moscheta (2011).

Para isso, tenho em mente que o objetivo da pesquisa construcionista é o enriquecimento cultural, a partir da ampliação das formas de compreensão de um fenômeno, no intuito último de propiciar melhores condições de vida às pessoas. Assim, os efeitos sociais ou a transformação social são enfatizados (Gergen, 2015b), a partir da função pragmática da linguagem científica (Gergen, 1994).

De maneira sistematizada, os passos do procedimento de análise foram:

- 1- Audição e transcrição integral das falas de cada encontro de grupo realizado, com a construção de Registros Reflexivos;
- 2- Leituras atentas e flutuantes das transcrições e Registros Reflexivos, visando delimitar momentos críticos para a transformação dos sentidos no conjunto de encontros realizados com cada grupo;
- 3- Mais um exercício de leitura sistemática do material transcrito para a delimitação de pontos, na interação, que se relacionavam com cada momento crítico delimitado, dando destaque às interações que os antecederam e os sucederam, dentro de um mesmo encontro, entre os encontros e entre os encontros e os Registros Reflexivos;
- 4- Construção de resumos das interações, a partir das delimitações feitas nos passos anteriores, com edição das falas literais, de modo a dar visibilidade à relação entre os pontos na interação que participam na construção dos momentos críticos.

7 ENTRE LIMITES E POTENCIALIDADES: MOMENTOS CRÍTICOS NA EPS

A apresentação dos resultados e discussão está organizada a partir de cada processo de EPS realizado, iniciando por um breve relato de como foi o processo conversacional em cada um deles, o que ilustra o contexto no qual as interpretações e análises que proponho foram possíveis.

Chamo de processo de EPS o conjunto de encontros realizados com cada grupo. Assim, cada grupo teve seu próprio processo de EPS que, por sua vez, é analisado a partir do processo grupal/conversacional, ao longo de seus encontros. Dessa forma, cada um dos processos de EPS foi nomeado a partir de características do seu processo conversacional. Um deles foi nomeado como “Caixa de marimbondo”, usando a metáfora trazida por uma participante e que considero ilustrativa de como as conversas se deram ao longo dos encontros. Seguindo o mesmo critério, o segundo processo foi nomeado de “Primavera entre os dentes”, utilizando uma metáfora que eu levei ao grupo, em um dos Registros Reflexivos feitos.

Nas Tabelas 2 e 3, a seguir, apresento um panorama descritivo de cada encontro com cada grupo, apresentando, para cada encontro, o número de participantes, o nome fictício das participantes e um resumo com informações sobre o contexto de realização do encontro e sobre como a conversa foi organizada, mencionando os momentos críticos delimitados.

Em seguida à apresentação das tabelas, apresentarei a análise de cada processo, separadamente.

Tabela 2 – Panorama dos encontros do processo “Caixa de Marimbondo”.

	Nº Part.	Nome Fictício	Resumo
Encontro 1	7	Paula, Josiane, Daniela, Helena, Franciele, Érica, Débora	Contexto: Fernanda justificou ausência devido à imprevisto no serviço. Conversa: Apresentação da pesquisa, dos Termos de Consentimento e do contrato grupal; Elaboração do cronograma de encontros; Apresentação das profissionais seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano de práticas com famílias nos serviços.
Encontro 2	7	Paula, Josiane, Daniela, Helena, Franciele, Fernanda, Débora	Contexto: Érica justificou ausência devido à imprevisto no serviço. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo; Discussão do caso da paciente Marcela, utilizando o exercício “as if”.
Encontro 3	7	Paula, Josiane, Daniela, Helena, Franciele, Érica, Débora	Contexto: Fernanda justificou ausência devido à imprevisto no serviço. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo; Discussão do caso da paciente Zefa.
Encontro 4	5	Paula, Daniela, Helena, Érica, Débora	Contexto: Encontro realizado após adiamento da data prevista. Franciele, Josiane e Fernanda justificaram ausência devido à imprevisto no serviço. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo; Retomada da discussão do caso da paciente Zefa, para acompanhar as ações realizadas; Momento crítico: "Compartilhando o sentimento de paralização".
Encontro 5	4	Paula, Helena, Érica, Débora	Contexto: Encontro realizado após adiamento da data prevista. Franciele, Daniela, Josiane e Fernanda justificaram ausência devido à imprevisto no serviço. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo; Conversa de avaliação do processo e dos encontros.

Tabela 3 - Panorama dos encontros do processo “Primavera entre os dentes”.

	Nº Part.	Nome Fictício	Resumo
Encontro 1	8	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Emília, Renata, Joana, Valquíria	Contexto: Realização do encontro como previsto. Conversa: Apresentação dos Termos de Consentimento, da pesquisa e do contrato grupal; Elaboração do cronograma de encontros; Apresentação das profissionais seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano de práticas com famílias nos serviços.
Encontro 2	10	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Emília, Renata, Joana, Júlia, Maria, Fabiana	Contexto: Valquíria desistiu da participação; Júlia, Maria e Fabiana iniciaram a participação. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano.
Encontro 3	10	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Emília, Renata, Joana, Júlia, Maria, Fabiana	Contexto: Realização do encontro como previsto. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano.
Encontro 4	7	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Emília, Renata, Maria, Fabiana	Contexto: Joana justificou ausência por compromisso do trabalho. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano. Momento crítico: "O afeto é transformador".
Encontro 5	10	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Emília, Renata, Joana, Júlia, Maria, Fabiana	Contexto: Realização do encontro como previsto. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano; Elaboração de cronograma para realização de mais encontros.
Encontro 6	9	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Renata, Joana, Júlia, Maria, Fabiana	Contexto: Emília informou que não participaria dos dois encontros a mais, delimitados. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano. Momentos Críticos: "Estamos prescrevendo corresponsabilidade" e "Essa fala é minha!".
Encontro 7	8	Tereza, Beatriz, Luciana, Rosana, Renata, Joana, Maria, Fabiana	Contexto: Júlia justificou ausência por compromisso do trabalho. Conversa: Leitura inicial do Registro Reflexivo; Avaliação do processo e encontros, seguida de conversas espontâneas sobre o cotidiano. Momento crítico "Mais poesia do que prosa".

7.1 O PROCESSO “CAIXA DE MARIMBONDO”

no fundo, no fundo,
bem lá no fundo,
a gente gostaria
de ver nossos problemas
resolvidos por decreto

a partir desta data,
aquela mágoa sem remédio
é considerada nula
e sobre ela – silêncio perpétuo

extinto por lei todo o remorso,
maldito seja quem olhar pra trás,
lá pra trás não há nada,
e nada mais

mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos saem todos a passear
o problema, sua senhora
e outros pequenos probleminhas
(Leminski, 2013)

Esse processo, como dito, foi assim nomeado a partir da fala de uma participante diante de um emaranhado de dificuldades, construídas nas conversas, que pareciam sem fim. O decorrer dos cinco encontros se configurou em um processo complexo, em que muitas queixas e problemas foram construídos por nós (participantes e eu) de modo cíclico: na busca de soluções para um problema, outro problema era levantado e assim por diante, até que retornávamos para o problema inicial.

Esse processo cíclico foi influenciado pela escolha, feita coletivamente, de organizar a conversa, nos encontros, em torno da discussão de casos de pacientes e famílias consideradas difíceis, atendidas pelas profissionais. Ao todo, foram discutidos dois casos, sendo que a discussão de um deles perdurou por três encontros.

Ademais, a maioria das tentativas de promoção de reflexões feitas por mim, como facilitadora, a partir do que considerei como potenciais para a transformação de sentidos, tanto no momento interativo, quanto nos Registros Reflexivos sobre os encontros, não ressoaram como significativos ao grupo.

Com isso, nossas conversas seguiram girando em torno dos mesmos problemas, com as mesmas sugestões de encaminhamentos, tanto por participantes quanto por mim, sem significativas transformações de sentido, me remetendo ao poema de Paulo Leminski, citado como epígrafe deste tópico.

Além disso, e talvez de maneira relacionada a isto, este processo não fluiu como planejado e acordado coletivamente. Questões como falta das participantes e imprevistos no serviço interferiram na realização do cronograma inicialmente elaborado, gerando o adiamento de dois encontros e, assim, a necessidade de estendê-lo em duas datas a mais, para reposição dos encontros não realizados nas datas previstas.

Dessa forma, delimitei neste processo um momento crítico, ocorrido justamente a partir do meu compartilhar para o grupo do sentimento de paralisação que nossa forma de conversar estava me fazendo sentir.

7.1.1 Compartilhando o sentimento de paralisação: “Tem que ter o ímpeto de mudança umas cinco vezes”

Este momento crítico foi assim delimitado e nomeado porque, a partir dele, pudemos tomar o próprio processo conversacional em análise, gerando reflexões sobre a forma usual da equipe de realizar reuniões e lidar com os encaminhamentos provenientes delas. Ele ocorreu a partir de uma fala minha, em que compartilho meu sentimento de paralisação diante da repetição da discussão de uma série de problemas.

Para ilustrar o processo de repetição de problemas e tentativas de problematizações, mas também para dar visibilidade à construção do momento crítico delimitado, apresento partes da interação ocorrida em cada encontro que se relacionam com o momento crítico delimitado, convidando o/a leitor/a a compartilhar do caminho interpretativo que fiz sobre este processo.

Érica: Isso foi proposto, desde lá no início, a nossa empolgação na época era tão grande, cê lembra, Josiane? Tava todo mundo tão empolgado, mesmo com a urgência, tudo que nós estamos discutindo hoje, foi tudo levantado naquela época. Equipamento, estrutura, a formatação da sala de atendimento, tudo isso naquela época foi muito amplamente difundido, foi, foi, discutido. Ideias pra mudar... mas se perdeu na correria da necessidade que o município tinha, na falta de estrutura e o serviço foi tocando. (...)

Paula: E ainda tem a parte do, como se fosse, parece dois serviços também, o serviço do ambulatório, ali na frente, e a semi, vamo dizer. Como se fossem dois serviços (fala rindo) eu sinto que também tem uma subdivisão, porque ali na frente tem um foco bem ambulatorial e lá em cima, os pacientes que tem um contato mais no dia-a-dia. (...)

Érica: São três serviços...

Daniela: Isso que eu ia comentar...!

Paula: O noturno também, né?! (risos)

Érica: Temos o acolhimento 24h, o diurno e o ambulatorial.

Daniela: São três em um! Eu ia comentar isso!

(Transcrição editada do Encontro 1)

Neste trecho do primeiro encontro realizado com o grupo, a conversa se dá em torno das dificuldades decorrentes da organização do serviço, retomando discussões

anteriores, do período de sua fundação. A partir disso, o grupo traz a ideia de que o serviço, atualmente, estava fragmentado, parecendo três serviços em um só espaço.

No Encontro 2, esse problema foi novamente discutido. No trecho editado de interação, a seguir, busco demonstrar como isso ocorreu, bem como algumas tentativas de reflexão, feitas por mim.

Fernanda: A Daniela colocou uma coisa muito importante, que eu acho também, que é uma equipe grande, alguns tem os limites, mas outros não tem um limite nisso, eu acho que acaba atrapalhando na hora de lidar com a pessoa igual a Marcela. (...) **Também veio muito, o tempo inteiro pensado, o pessoal falando muito, a importância de ter um histórico.** (...)

Gabriela: Esse histórico seria um registro, assim, de todos os atendimentos?

Fernanda: Não, não!

Paula: Tem um resumo da, do histórico do paciente. Então, por exemplo, se algum paciente lá do acolhimento pedir pra conversar comigo, às vezes eu não tenho nenhum dado prévio quase, desse paciente, resumido no histórico.

Fernanda: Histórico de vida mesmo! (...)

Gabriela: É que eu fico pensando que, às vezes, isso são informações que a gente vai tendo a cada contato, assim, né, às vezes, a pessoa conversa com a Dani, sabe uma coisa, aí ficou/

Paula: Mas é esse que é o problema!

Gabriela: É!

Paula: Que tá tudo solto! Tem todas as informações/

Gabriela: Tinha que ter uma maneira de juntar! (...)

Paula: Eu to pensando agora, até a ficha do acolhimento deveria, mas o paciente que chega, que, pro noturno, não é feito, não tem essa ficha. Então a gente/

Daniela: Mas deveria ser feito!

Paula: Então a gente tem uma falha, porque a ficha já seria um pouco o histórico, o histórico de algumas, assim, relevantes, já estaria na folha de acolhimento. (...)

Daniela: Exatamente. E, assim, a gente não sabe até que ponto os relacionamentos, é, pai e mãe, né, pai e filha, mãe e filha, né, é... como família antes, né, porque foi casada, ele morreu só tem três anos, né? É, **a gente não sabe o que aconteceu certo, né, com a mãe e o pai no relacionamento deles, pra Marcela ser desse jeito também** (...)

(Trecho editado do Encontro 2)

A discussão ilustrada nesse trecho se deu após a realização do exercício “as if” (“como se”, em tradução literal) (Anderson, 1991, 1997) proposto por mim como forma de discussão do caso trazido pela equipe. Este exercício consiste na discussão de uma determinada situação considerada problemática e trazida por um/a consultante, a partir da escuta e análise da mesma pelos/as integrantes de um grupo, que se posicionam como se fossem pessoas que participam da situação-problema narrada. Assim, tem como objetivo ampliar as perspectivas e sentidos sobre uma situação considerada problemática pelo/a consultante, a partir da consideração das diferentes formas de compreender e significar esta situação que as diferentes pessoas participantes da mesma podem ter.

Contudo, o exercício não se desenrolou como previsto, não se mostrando útil para a ampliação de perspectivas sobre o caso discutido. Assim, busco mostrar, no

trecho, que a conversa seguiu de modo a construir um problema já construído no encontro anterior, que é a falta de continuidade de ações entre as diferentes equipes dos diferentes turnos de um dos serviços. A falta de sistematização das informações sobre cada paciente e os relacionamentos familiares, colocados como a causa dos transtornos mentais, também são discutidos como problemas, nessa conversa.

Além disso, podemos ver um convite à reflexão, feito por mim, de que a não sistematização das informações seria algo inerente à forma de trabalho nos CAPS, que implicava em se ter novas informações a cada contato. Contudo, como vimos, essa problematização não fez o sentido intencionado por mim, como facilitadora, e foi tomada como a própria causa da falta de sistematização das informações.

No Registro Reflexivo sobre o Encontro 2, conforme trecho editado e apresentado a seguir, propus, novamente e com outras palavras, reflexões relacionadas a esses assuntos, convidando-as a pensar em outras alternativas de ações.

(...) Falamos ainda da necessidade de um registro detalhado do histórico de vida do paciente, de fácil acesso a todas as profissionais. **Com relação a isso, fiquei me perguntando se a angústia estaria com relação à falta de um registro sistematizado ou estaria ligada à ansiedade inerente ao trabalho com saúde mental, que exige que sustentemos a insegurança e o provisório.** A impressão que tenho é de que a cada dia temos mais novidades sobre cada caso e talvez, isso possa dar a sensação de que nunca sabemos o suficiente para agir. Ao mesmo tempo, penso que esta emergência não sistematizada das informações seja algo característico da complexidade da vida e saúde/doença mental. O que vocês pensam disso?

Falamos, também, da percepção da equipe de que a mãe de uma paciente, por estar já esgotada, parece querer manter distância dela. **Pensei: como podemos legitimar o direito de um familiar de se afastar de um ente adoecido quando percebe que não consegue ajudar e, pelo contrário, que está adoecendo junto com ele?** Durante muito tempo, o cuidado em saúde mental consistiu em retirar o doente da família, inserindo-o em manicômios. Agora, temos como princípio a participação da família. Mas, e quando a família não quer este convívio?

Por último, fiquei pensando, diante da discussão sobre a busca de causas e justificativas para os comportamentos e patologias dos pacientes, **o que será que nos ajudaria mais: identificar as causas ou elaborar maneiras práticas de lidar com cada situação ou pessoa?** (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 2).

Este Registro foi lido por mim no início do terceiro encontro, como de costume. Nos trechos em negrito, busquei convidá-las à autocrítica reflexiva, com a proposição de reflexões dialógicas, buscando problematizar a falta do registro sistematizado, a ideia da família como responsável pelos/as pacientes e a utilidade dos diagnósticos e explicações causais sobre os transtornos psiquiátricos. Esse Registro foi citado por Érica, como poderemos ver no trecho a seguir, em um sentido diferente dos almejados por mim.

Gabriela: E o quê que falta ainda pra Dona Zefa? O que vocês acham que falta acontecer assim, pra ela... ficar melhor?

Érica: Eu acho que falta explorar, como ela disse, alcançada a estabilidade, vamos entender, assim, que alcançamos o basal dela. **Falta acho que avançar, né, tentar explorar as**

possibilidades. Tentar perscrutar esse universo interior dela que durante muito tempo ficou ali, escondido, né?! Apenas até ali, o rótulo da doença, onde as pessoas só viam as questões negativas da doença. (...) **Você fez aqui uma (se referindo ao Registro), cê colocou aqui embaixo que durante muito tempo o cuidado em saúde mental constituiu em retirar o doente da família e interná-lo no manicômio.** Isso criava uma distância da família, a família não sabia como lidar e quando, quando ficava com o paciente, com a pessoa, ela só via aquela face doente, né, o comportamento doente e as terapêuticas propostas eram outras, né, não visava nunca extrair o melhor da pessoa, era mesmo isolar, né?!

Gabriela: U-hum.

Érica: E, e agora, o quê que acontece agora? Agora que ela começa, como vai ser a disposição da família em querer explorar isso? Ou será que a família vai né (Franciele fala junto: perceber realmente...) “não, chega, né, tá bom, é isso só, chega, não quero mais”.

Franciele: Já tá cansada, né?!

Érica: Isso, ou seja, como você coloca aqui, porque a família também adoece, a gente sabe que a família também adoece.

Gabriela: U-hum.

Daniela: Como resgatar essa família, né?! (...) Aí é difícil né, porque assim, por exemplo, se a família da Dona Zefa não der esse apoio pra ela, ela não vai conseguir se manter estabilizada. E a gente não vai conseguir explorar o que ela tem de bom ainda/(...)

Gabriela: É que pra mim fica muito forte, assim, a, a problemática de que a família, de repente, a ideia é que ela fosse um recurso, né, então ela poderia ser o apoio da paciente, pra manter a estabilização e tal, e ser uma fonte de melhora, assim, um apoio pra melhora continuar. Mas aí quando a família não é esse recurso, aí parece que para tudo, né, aí não tem o que fazer/

Franciele: A-hã.

Gabriela: Mas tem que ter o que fazer! (rindo). A gente tem que pensar o quê que faz quando você passou a bola pro outro mas morreu, a bola ficou. E aí, você tem que pegar a bola de novo, e o que que a gente vai fazer com ela?

Daniela: Então! Esse é um grande problema, agora tem um caso clássico, a Cláudia, né? Porque a Cláudia não tem a família/

Josiane: É, é isso que eu ia falar, eu acho que ainda quando tem família, é um desafio nosso, mas eu ainda vejo com bons olhos. Pior é o paciente que não tem família ou quando tem familiar que também é esquizofrênico (...). (Transcrição editada do Encontro 3).

Neste trecho busquei ilustrar a discussão sobre possibilidades de cuidado a uma paciente, cujo caso estava sendo discutido por nós no Encontro 3, após remissão medicamentosa de sintomas. Fazendo isso, a não adesão da família como motivo principal das dificuldades em dar seguimento ao tratamento da paciente foi construída.

Busquei, ainda, dar visibilidade à citação do Registro Reflexivo sobre o Encontro 2 para sustentar essa ideia de responsabilidade e não adesão dos/as familiares, ao contrário do intencionado por mim.

No processo interacional apresentado, tento, mais uma vez, problematizar a noção de não adesão e a responsabilização única da família, convidando-as a pensar em outras possibilidades de ação pela própria equipe. Este convite, todavia, também não é aceito, ao passo que a conversa passou a considerar um problema ainda mais complexo, que seriam as/os pacientes que não têm família.

No Registro Reflexivo sobre o Encontro 3, busquei, novamente, convidá-las à reflexão sobre esses aspectos.

(...) Penso que essa ideia da família como responsável pelo paciente nos coloca, profissionais de saúde, em uma lógica circular da qual não tem saída: partimos da família com causa e voltamos pra família como fundamental para o cuidado, sem que nós, nem a família, sejamos potencializadas em nosso papel de cuidar.

Fico pensando que todas as famílias têm seus recursos para lidar com as dificuldades, mas talvez estejamos olhando para elas com as lentes da tal “normalidade”, de modo que alguns desses recursos pareçam ser mais um “sintoma” do que um recurso efetivamente. **Será que essa noção de “normalidade” da família não precisa ser revista? Como podemos valorizar o que a família já faz?**

Para isso, talvez seja importante pensarmos: **Que outras noções de doença mental e de tratamento nos ajudariam a enxergar os recursos da família? Que outros sentidos de família e de rede social nos habilitariam com mais recursos para produzir o cuidado nos CAPS?** (...) (Trecho do Registro Reflexivo do Encontro 3).

Nesse Registro Reflexivo, especialmente nos trechos destacados, busco convidá-las a refletir criticamente sobre a ideia de família “normal”, focando-se nas potencialidades das famílias e em outros sentidos mais potentes para produzir o cuidado. Com isso, tive a intenção de convidá-las a mudar o enfoque da conversa para as próprias práticas, buscando construir maneiras alternativas de promover o cuidado, além da aposta na responsabilidade da família. Contudo, o Registro não foi tomado para reflexão pelo grupo, no Encontro 4.

Nesse encontro, a conversa se deu em torno de questões já repetidas nos encontros anteriores: a necessidade de um trabalho direcionado com a paciente, as “causas” familiares do transtorno da paciente, a não-adesão da família e a falta de informações sistematizadas sobre as/os pacientes. A partir disso, compartilhei com o grupo minha sensação de paralisação, o que culminou no momento crítico delimitado, que significou uma abertura à reflexão e transformação de sentidos.

Érica: Eu ainda, **eu insisto ainda naquela questão de um trabalho direcionado**, eu acho que tem que ser uma atenção mais concentrada na questão dela (se referindo à Dona Zefa; Paula fala junto: mais individualizada?). (...)

Daniela: Mas eu acho que ela ficou nessa posição por conta das pessoas se anteciparem por ela e acharem que ela não tem capacidade. (...) Então ninguém parece que respeita o tempo dela. Só chegam assim: “Não pode fazer isso! Não pode fazer isso! Isso tá errado!”.

Érica: Aí ela devolve como se ela fosse um discípulo, como se ela sempre desse trabalho, ou seja, **a Dona Zefa é, pra família, um empecilho**. (...)

Paula: Me lembrou uma coisa também, né, que durante as conversas aqui as coisas vão juntando, né, **a gente não tem no dia-a-dia essas informações encaixadas. Eu sinto aqui, no dia-a-dia, as informações sobre a família, sobre as pessoas, muito fragmentadas**, então é como se a gente tivesse perdendo isso no meio do caminho. (...)

Gabriela: U-hum. (Pausa) **Não sei, tô ouvindo vocês, eu tô ficando com uma sensação assim de... parece que num... uma sensação de paralisação eu tô, assim. De... o quê que a gente pode fazer, sabe? Tá me dando essa sensação. (...)** Parece assim, nossa! (Helena fala junto: em que aspecto?) Parece tanto desafio, meu deus! Como que dá pra melhorar um pouquinho? É muita coisa, é muito complexo, vocês foram trazendo, é... (...) a gente pensa assim “não, dá pra fazer isso”, só que a família não vem, “dá pra fazer aquilo”, “não!”, parece que pra

tudo tem impeditivo, e aí eu fiquei assim nessa posição, me deu esse sentimento, assim, eu tô compartilhando pra saber se (Helena fala junto: a gente...) é coisa mais minha ou se o grupo compartilha um pouquinho, sei lá.

Helena: A gente já passou, já conversou muito sobre isso aqui no CAPS (Gabriela fala junto: eu imagino!) e algumas vezes a gente até colocou, em reuniões, que seria interessante a gente tentar melhorar a condição ou buscar uma solução é, sempre pontual assim (...), por exemplo: trabalha aquela pessoa, tenta ver o que pode fazer com ela, porque se juntar todo mundo, é, cada dia tem uma novidade surgindo. Então, a gente acaba batendo a cabeça, surge a novidade, a gente acaba não resolvendo a outra que a gente tinha como meta. (...)

Paula: Mas eu acho que são as duas coisas, tem essa dinâmica que não para, então quando a gente tá tentando resolver uma coisa, já surgiu umas cinco/

Helena: Umas dez!

Paula: É! E tem o lado que, às vezes, a gente tem dificuldade de finalizar também.

Daniela: Mas isso/

Helena: Nem sabe se vai finalizar!

Daniela: É!

Paula: Finalizar assim, dar um fechamento, pelo menos temporário, naquele momento, mas tem coisas que, às vezes, a gente não consegue fechar, eu acho. Algumas sim, outras não, né?! (Helena: é...) Então, fica a sensação de não fechar, a gente levantou um monte de ponto e para aí, não fecha! Não sistematiza!

Débora: Dá ansiedade!

Helena: Então, é, tá vendo, cê percebeu bem! Você percebeu bem! (...)

Daniela: Então, pra mim, **na minha percepção, eu acho que a gente ainda não tem perna pra fazer todas as coisas**, a gente tem a visão mas não tem o recurso pra tudo isso.

Gabriela: U-hum.

Daniela: Porque pra você fazer certas coisas, você teria que, na minha visão, você teria que conhecer muito bem seu paciente. Como você faz isso? (...) **As informações são fragmentadas? São! Por que? (...) Por exemplo, pra você conhecer um paciente, você conheceu o paciente, ele te fala uma coisa aqui, aí ele vai pro atendimento com você, Paula, ele te fala um monte de coisa, você no seu atendimento, você vai poder passar isso pra nós? Não! Entendeu?**

Paula: Enquanto equipe/

Daniela: Ah?

Paula: O que for muito relevante, dependendo, eu posso.

Érico: Pode!

Paula: O que for relevante para dar continuidade ao trabalho, selecionando informações, eu posso!

João: Como aconteceu no caso da Dona Francisca.

Paula: E como aconteceu outro dia com a Roberta. Ela teve uma percepção e veio em mim pra, porque ela sabia que eu tava junto pra saber se tava no caminho certo. Uma coisa dentro dos limites. **O que a gente tem aqui não dá pra não fazer um trabalho em equipe e ter e pensar sozinho, a gente tem que pensar até em ter um sigilo coletivo, é claro que eu não preciso expor alguns detalhes, mas se a gente quiser fazer um bom trabalho, acho que tem, algumas informações são necessárias, meu critério é assim, qual informação que é necessária à equipe pra dar continuidade ao trabalho?** Não precisa detalhar, isso eu tenho procurado passar, entendeu? (Transcrição editada do Encontro 4).

Como ilustra o trecho citado, diante da retomada de problemas já repetidamente discutidos e das tentativas de problematização feitas por mim, também já repetidamente feitas, compartilhei o meu sentimento e avaliação de que estávamos paralisadas num ciclo de problemas sem saída. Essa intervenção se fez possível a partir dos orientadores construcionistas citados no tópico 4.3: “encarar os momentos em que se identifica que a conversa está num ciclo improdutivo, com o uso de velhos

argumentos e velhas soluções” e “reconhecer os próprios gatilhos, especialmente os que fazem o/a facilitador/a perder a perspectiva”, mas também baseada na postura do não-saber, porque coloquei em dúvida minha leitura da situação, compartilhando-a com o grupo (Green & Wheeler, 2004).

Com isso, de modo ainda a repetir um movimento de outros encontros, meu sentimento também foi considerado como algo que já havia sido motivo de conversa da equipe, em outras reuniões. Até que Paula propôs a diferenciação entre a alta demanda do serviço e a dificuldade da equipe de colocar em prática o que discutiam e decidiam nas reuniões. A partir disso, o grupo iniciou uma conversa sobre a dificuldade em dar andamento ao que era discutido em reuniões, não só naquelas, realizadas em decorrência da minha pesquisa, mas em todas as outras realizadas no serviço. Ou seja, a partir do momento crítico, a conversa passou a se dar em torno da análise do próprio processo conversacional, problematizando a utilidade de se levantar tantas reflexões e ideias sobre os casos e não conseguir fazer nada do que fora conversado.

Como podemos ver no trecho, essa avaliação não parece ser compartilhada imediatamente por Daniela, que propôs uma explicação para o não seguimento, pela equipe, das discussões feitas em reuniões, trazendo, mais uma vez, a questão da fragmentação das informações. Contudo, explorando essa sua percepção, citou um exemplo sobre a dificuldade com o compartilhar de informações sobre pacientes, devido à exigência de sigilo profissional na área da saúde. A partir disso, que foi um caso específico, retirando a conversa do âmbito das ideias abstratas, Érica, Helena e, especialmente Paula, se engajam em explicar para Daniela como que as noções de sigilo profissional poderiam ser revistas para se adaptarem às práticas interdisciplinares em equipe.

Com isso, podemos ver que, pela primeira vez, no processo interativo, a conversa pode se dar em torno de algo que, mesmo diante de todas as dificuldades já discutidas por elas, podia ser aprimorado pela equipe, isto é, o compartilhamento de informações a partir de uma lógica de sigilo coletivo.

Esse processo de reflexão sobre o modo como estavam realizando os momentos de reuniões de equipe, reverberou no encontro seguinte, o último do processo, numa interação que deu nome ao momento crítico:

Helena: (...) Eu particularmente, eu, às vezes, coloco que **as nossas reuniões não têm sido muito produtivas**, no lado das consequências do que é tratado, não assim do momento de vivência, porque isso também é super válido, ver as pessoas, dialogar. Então as reuniões nossas de equipe, eu sinto que não dão resultado positivo não, que eu espero, que eu espero que se cumpra daquilo que foi acordado, (Gabriela fala junto: u-hum.), então eu faço essa distinção. (Gabriela fala junto: u-hum.). (...)

Paula: (...) **O próprio horário da reunião eu acho que ficou meio solto**, né, teve uns desmarcados e quando o intervalo era grande, ajuda a dar uma esfriada, né, (Gabriela fala junto: u-hum.), nesse sentido, **que também é uma das dificuldades que a gente tem com as próprias reuniões que acontecem aqui** e isso acaba dando também uma esfriada, né, essas interrupções, essa dificuldade com o horário.

Gabriela: U-hum. Então institucionalizar um horário, assim, já ter firme, você acha que é uma coisa importante?

Paula: Eu acho, mas teoricamente, a gente tem para as outras reuniões, nem sempre, mesmo tendo institucionalizado, na prática, nem sempre acontece/ (...) fiquei muito pensando, assim, nas mudanças físicas propostas lá em cima e na última reunião, eu e a Emília ficamos também de tentar organizar a recepção. E que aí vai, todo mundo deu ideia, e aí vai tendo um movimento muito grande de mudança, só que aí começa assim “e não dá isso, não dá aquilo” e eu vejo que, às vezes, vem um balde de água gelada em algumas coisas, né, acho que (fala rindo) em algumas coisas (Érica fala junto: isso é muito comum!). (...).

Helena: (...) Se a gente não consegue com uma coisa física, uma cadeira assim, gente! Isso aí é *design* de ambientes, isso aí já tem uma ciência que fala disso, que mostra que a relação das coisas já melhora pra nós. E aí imagina falar do sujeito que ele vai, da proposta de atividade e não de alojamento. (...)

Paula: Por isso que eu to falando, eu acho que, ouvindo a Helena, **não basta a gente ter o ímpeto da mudança, tem alguma coisa pegando e aí paralisa. A gente tem que ter o ímpeto umas cinco vezes** (fala rindo e Gabriela ri) pra ver se consegue! (Transcrição editada do Encontro 5).

Nesse trecho, a conversa se dá em torno da insatisfação das profissionais com o andamento e encaminhamento das reuniões realizadas nos serviços, dando continuidade à conversa iniciada no encontro anterior e construindo uma percepção compartilhada do sentimento de paralisação. A partir disso, até as faltas e os adiamentos dos dois últimos encontros da pesquisa foram discutidos como parte dessa paralisação.

Desta forma, o meu compartilhar de sentimento de paralisação teve um efeito transformador na conversa, na medida em que colocou no centro da discussão o próprio processo conversacional, em detrimento dos problemas que pareciam estar além das nossas possibilidades de ação, como vinha ocorrendo até então.

Essa intervenção, na medida em que reconhece que os problemas que a equipe vinha discutindo eram realmente desafiadores, a ponto de serem paralisantes, foi uma forma de ser responsiva à conversa que vinha se desenvolvendo, o que não ocorreu com as tentativas anteriores de convidá-las à reflexão.

Nesse sentido, o processo “Caixa de marimbondo” e o momento crítico delimitado para sua análise nos convidam a olhar para o caráter relacional da responsividade, que pode ficar implícito em situações de grupo em que as intervenções do/a facilitador/a encontram a ressonância imaginada por ele/a.

Como vimos, a responsividade implica em “reconhecer a autoria relacional dos sentidos” (Moscheta, 2011, p. 156) e estar aberta a alteridade no diálogo. Durante os encontros, a partir da minha experiência prévia com facilitação de processos grupais,

apostei nos convites a reflexões dialógicas e ao foco nas potencialidades, na tentativa de ser responsiva a elas. Contudo, esses recursos não foram suficientes para construir um universo discursivo compartilhado, em que pudéssemos construir juntas novas possibilidades de ação.

O processo “Caixa de Marimbondo” foi um processo permeado pela alteridade, onde, em diversos momentos, parecia que falávamos, eu de um lado e as participantes de outro, línguas distintas. Não me dei conta, no decorrer do processo, que precisaria considerar de onde aquelas profissionais falavam, a partir de qual paradigma faziam suas análises dos casos e de que maneira estavam habituadas, como equipe, a conversar sobre casos de pacientes. Nem mesmo questioneei os limites que se colocam para uma conversa que se estrutura em torno de casos “difíceis”, visando a construção de soluções para os mesmos – apenas aceitei a proposta do grupo de organizar daquela maneira as conversas, como uma forma de ser responsiva a elas. Assim, as intervenções feitas por mim, no papel de facilitadora, também seguiram sendo repetitivas, na medida em que insistiam em algo que já haviam se mostrado improdutivo.

Improdutivo porque as propostas reflexivas feitas por mim, se configuraram em diferenças inadequadamente incomuns para o grupo, não contribuindo para expandir as possibilidades de significação e ação pelas profissionais, na medida em que não dialogava com as respostas que procuravam. Segundo McNamee e Shotter (2004), exercícios reflexivos devem buscar inserir diferenças adequadamente incomuns no diálogo, tornando o familiar não-familiar, o comum incomum, expandindo as possibilidades de significação a partir de algo que faça sentido às/aos participantes, considerando não só o momento interacional, mas também as histórias de vida e tradições culturais das quais as pessoas fazem parte.

O momento crítico delimitado, então, se configura num momento em que a alteridade é encarada por mim, legitimando os problemas, ao mesmo tempo em que nomeei e compartilhei com as participantes o que aquela forma de conversar me fazia sentir e pensar em termos de possibilidades de ação. E, ao fazer isso, uma possibilidade de diálogo sobre a forma de conversar, se abriu.

Assim, esse processo que parecia não ter possibilitado, até então, transformações significativas de sentidos que pudessem inspirar a transformação das práticas, possibilitou que transformações de sentido sobre o próprio processo ocorressem. Todos os problemas repetidamente discutidos por nós, ao longo do processo, não incluíam o que foi considerado, a partir do momento crítico delimitado, como uma dificuldade em dar encaminhamento ao discutido nas reuniões. E essa foi uma transformação de

sentido importante, considerando o seu potencial para organizar o processo conversacional pelo qual outras transformações de sentido poderiam vir a ocorrer.

Este processo nos convida, ainda, a considerar o potencial que outros formatos de conversa poderiam ter, como a proposição de leituras que pudessem auxiliar o grupo a lidar com os casos para os quais não enxergavam saídas. Como já mencionado, ao privilegiar a conversa sobre os casos difíceis em busca de soluções, sem a presença das pacientes, privilegiamos também as conversas sobre causas e reforçamos o lugar de especialistas, reservado às profissionais de saúde.

Todavia, tal como o próprio processo me ensinou, nenhuma técnica ou formato de discussão pode garantir que uma conversa responsiva e generativa ocorra. O potencial dialógico se efetiva na imprevisibilidade da interação entre as pessoas. Isso não quer dizer que devemos desinvestir do processo de preparação do contexto conversacional. Pelo contrário, essa colocação intenciona ressaltar que a tarefa fundamental do/a facilitador/a, em processos de EPS, é se atentar, o tempo todo, ao processo conversacional de modo a buscar construir a responsividade relacional com os/as participantes.

Tal como nos informa Leary (2004a), a tarefa de mediação se dá na tensão dialógica entre o que é possível saber e a imprevisibilidade do que virá no momento interacional. Assim, nos prepararmos para esses momentos de surpresa e inesperado é uma tarefa paradoxal bastante importante para facilitadoras/es de processos de EPS e de processos grupais, de modo geral.

7.2 O PROCESSO “PRIMAVERA ENTRE OS DENTES”

Todo abismo é navegável a barquinhos de papel.

(Rosa, 1967)

Esse processo foi nomeado em alusão à música “Primavera nos dentes”, da banda Secos & Molhados (1973), citada por mim no último Registro Reflexivo deste processo e tomada como significativa pelo grupo, como veremos adiante. Considero essa metáfora como ilustrativa do processo conversacional desenvolvido neste grupo, pois as conversas se deram em torno de importantes problemas, mas também considerando possibilidades de ação e de enfrentamento dos mesmos.

Foi um processo bastante mobilizador, com muito comprometimento das profissionais, trocas de afeto, reflexões problematizadoras e de construção e reconstrução de sentidos, com a citação de referências teóricas e poesias. Nesse

processo, tivemos a desistência de uma pessoa, no segundo encontro, porém, nesse mesmo encontro, três outras profissionais solicitaram participação. Uma delas, inclusive, compareceu durante seu período de férias, por não desejar perder um encontro. Assim, o decorrer dos encontros foi de acordo com o cronograma inicial, havendo a extensão do mesmo em mais duas datas, a partir do interesse das participantes em continuar o processo.

Como formato de organização dos encontros, as participantes decidiram manter a discussão e as temáticas sempre abertas, se desenvolvendo no momento da interação, a partir da espontaneidade das pessoas presentes em cada encontro.

O processo de construção de sentidos, neste processo, também envolveu a retomada e repetição de temas, ao longo dos encontros. Contudo, a cada vez que os temas ressurgiam, eles vinham mais complexos, mais ricos em sentidos e possibilidades. Daí a epígrafe deste tópico, também citada em um dos Registros Reflexivos, que destaca a possibilidade diante de grandes dificuldades.

A seguir, serão apresentados os quatro momentos críticos delimitados neste processo: “O afeto é transformador”; “Estamos prescrevendo corresponsabilidade”; “Essa fala é minha!” e “Mais poesia do que prosa”, dando destaque ao processo interacional que considero que precedeu e construiu cada um deles.

7.2.1 “O afeto é transformador”: construindo a importância do trabalho e dos encontros de EPS

Neste processo, uma discussão bastante relevante ao longo dos encontros foi com relação aos desafios que a diferença entre teoria e prática colocava para as participantes, dentre eles a frustração das profissionais diante das limitações no trabalho e percepção do resultado deste.

Essa discussão foi iniciada no Encontro 2 e foi sendo retomada e tornada mais complexa no decorrer dos encontros e nos Registros Reflexivos que fiz sobre eles. À essa discussão, se ligou a reflexão sobre a necessidade de supervisão, sendo a conexão entre esses temas o mote para o que chamei de momento crítico “O afeto é transformador”, no Encontro 4.

Para mostrar a conexão desse tema ao longo dos encontros, levando ao momento crítico delimitado, apresentarei alguns trechos editados dos encontros precedentes em que essas reflexões foram sendo colocadas e aprofundadas, bem como alguns trechos dos Registros Reflexivos que se fizeram relevantes na interação das participantes.

Tereza: Eu quero falar da insegurança!

Gabriela: Da insegurança? Que eu escrevi? (Se referindo ao Registro Reflexivo) (...)

Tereza: Acho que vai ao encontro de outros momentos da equipe, que a gente discutiu semana passada, que acho que assim, acho interessante você ter visto isso na transcrição... (...)

Gabriela: U-hum.

Tereza: **Então, acho que pode ser útil a gente falar sobre isso, dessa diferença de, assim, o que é uma capacitação de uma equipe de saúde mental? É técnica? É teoria?** É capítulo um, capítulo dois, capítulo três de um livro? E é só isso? E na hora que o paciente... né, vem aqui e na hora que a família pede, desesperada alguma coisa pra gente que a gente não tem como oferecer... (...) **Então, essa insegurança assim, dos nossos limites, é tanta coisa, dos nossos limites, né, do que depende da gente, do que depende de outras instâncias...** (...) quê que a gente pode fazer aqui dentro e o quê que a gente não pode. E como que a gente lida com isso frente à uma família desesperada. (...)

Renata: Eu acho que essa questão também envolve a gente saber que a gente tem que fazer um trabalho em rede. O que cabe a nós, a gente já tem dúvida se vai dar tudo certo/

Tereza: U-hum.

Renata: E aí o que cabe à rede, você fica mais ansiosa ainda, porque você sabe que o trabalho de rede não funciona muito bem. (...) precisa de um trabalho intersetorial, porque nem sempre só envolve a questão da saúde, envolve a questão social, às vezes a questão da justiça (...) Eu acho que a angústia e a insegurança está justamente nisso, porque você sabe que é um trabalho que é a longo prazo, mas também que se estende por outros setores (...)

Luciana: (...) eu tava num desconforto tremendo de passar pro Conselho Tutelar. Porque como que eles iam fazer a conversa com a família, como que ia ser, era suspeita, porque você tem que notificar suspeita, você não precisa ter a confirmação, então como que você vai notificar suspeita pra Conselho Tutelar, gente, eles chegam com os dois pés no peito da família! (...)

Renata: **Gente, como a teoria e a prática parecem que às vezes, né, não tem ali entrosamento!**

Júlia: Como a teoria não é aplicável! (risos). Não adianta que não é aplicável! (...)

Renata: Às vezes parece que só quer se passar a bola, sabe?

Emília: É! (...)

Rosana: Vocês tão falando, eu acho que é, vem antes da política pública. (...) **Então eu acho que diante de uma situação assim, de uma coisa grave, a gente pensa “preciso da ajuda de alguém” (...)**

Renata: O matriciamento, cê fala?

Emília: **É, ou talvez, o próprio grupo... né? A gente poder discutir aquela situação...** (...) (Transcrição editada do Encontro 2)

Esse trecho, como vimos, se inicia com a retomada da questão da insegurança das profissionais, colocada por mim no Registro Reflexivo sobre o Encontro 1:

Em determinado momento, falamos também do desejo de uma melhor preparação técnica para a realização de intervenções nos contextos de vida das famílias, normalmente de grande vulnerabilidade, como pontos de tráfico. **Isso me deixou imaginando que, talvez, mais do que necessidade de técnicas, este tipo de intervenção cause insegurança. E assim, como a equipe pode se apoiar para diminuir a insegurança neste tipo de intervenção?** (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 1).

Essa questão, destacada em negrito no trecho do Registro, foi trazida por mim como forma de reflexão dialógica e convite para se focar nas potencialidades da equipe.

Na interação citada, a questão se desdobrou em dois grandes temas: a contraditória relação entre teoria e prática e as dificuldades e necessidade do trabalho intersetorial e em rede. A partir de um exemplo de notificação compulsória de suspeita de violência, o grupo reflete sobre um protocolo que pode muito mais atrapalhar do que ajudar. Com isso, a contradição entre teoria e prática é ligada às dificuldades do trabalho

em rede/intersectorial, tomando o preconizado em lei como teoria que se contrapõe aos casos reais, na medida em que o encaminhamento se torna um “passar a batata-quente”.

É interessante observar que é possível identificar os recursos para práticas dialógicas sendo usados espontaneamente pelas participantes. No trecho apresentado, podemos identificar o uso de autocríticas reflexivas e de exemplos cotidianos, evitando a discussão baseada em ideias abstratas.

A partir disso, a conversa caminha na consideração da necessidade de ajuda, que poderia vir do próprio grupo, considerando seu potencial de produzir apoio mútuo, construindo alternativas para as situações complexas vivenciadas, no sentido do convite que fiz no Registro Reflexivo sobre o Encontro 1.

Desta forma, neste encontro, noções relativas à complexidade do trabalho, que o torna diferente do preconizado em lei e nas teorias, foram construídas e relacionadas à importância das discussões em equipe para lidar com elas.

Essas questões foram retomadas no Encontro 4, culminando no momento crítico delimitado, como nos ilustra o trecho a seguir.

Tereza: Eu acho legal que você tá falando de uma coisa que a gente começou a reunião de equipe falando, né, assim, de, não é pegar um PTS (Projeto Terapêutico Singular), ler o que é um PTS e aplicar sem saber o que ele significa, né, **de a teoria funcionar como desalienar, você entender quem que inventou o PTS o quê que tava pensando** (Renata ri, Tereza ri). Né?! Qual é o objetivo, né, de onde surgiu? Tem cabeças pensando.

Renata: Cês tavam fazendo uma reunião antes desse horário?

Tereza: É! Nossa reunião de equipe é das sete às dez (Renata: ah tá, entendi!) e quando a Gabi vem é das sete às oito e meia (Renata: entendi.), né?! E... e a gente tava falando disso, de explicar não só o PTS, mas outras coisas também, **como que seria legal a gente ter uma supervisão (fala rindo).**

Renata: Muito! (fala rindo) Como que seria legal a gente ter uma supervisão! (fala rindo).

Emília: Verdade, gente, supervisão ia bem, né?! Ia muito bem mesmo. Porque a gente acaba, no dia-a-dia, vai fazendo e começa a ficar muito mecânico tudo, né?! (Renata fala junto: u-hum). A gente não para pra pensar, pra... (Tereza fala junto: u-hum) (...)

Júlia: Na verdade, gente, eu ainda não entendi o que que é essa tal de supervisão. Isso que vocês tão falando, pra mim, tá tudo estratosférico, eu não tô assim entendendo muito bem aonde cai essas coisas (fala rindo). Eu sou meio prática demais! “É aqui? Então abre aqui, corta e tira!” (fala rindo e grupo ri).

Beatriz: Tá com dor de ouvido?

Júlia: É! Dá uma dipirona! O que que é esse negócio (Maria fala junto: é assim, ó...), alguém tem um exemplo pra me dar?

Maria: por exemplo, a minha supervisão que, que eu faço (...) Eu conto o que eu fiz, o que eu pensei e aí elas me dizem “ah, beleza, isso aqui que você fez, legal, isso aqui você poderia ter pensado em fazer de outra forma, isso aqui que você tá me contando, pra você pode não parecer importante, você me disse isso como se fosse qualquer coisa, mas ó, presta atenção nisso. Isso é importante!”. E aí outra vez que eu ouço alguém falando isso ou algo parecido, ao invés de passar por cima, eu vou lembrar que me disseram que era importante, talvez. E aí eu vou olhar praquilo de uma outra forma. (...)

Renata: Exatamente! Eu acho que a reflexão é muito mais do que uma orientação, é, olha o ato falho! (fala rindo e grupo ri) **A supervisão é muito mais uma questão de reflexão do que de orientação, necessariamente.**

Tereza: Te tira do automático, né?! (...)

Júlia: Seria bom se a gente tivesse uma televisão pra ver o que que aconteceria com os pacientes se a gente não existisse, (grupo ri) porque **a impressão que eu tenho é que não**

serve pra nada, eu, que eu não faço diferença nenhuma (fala rindo ironicamente). (...) a gente vê tanta recaída, eu sei que tem aquela lógica “não, recai, mas depois...”, mas eu fico pensando, será que se a gente não existisse, será que seria diferente?

Luciana: Nossa, Júlia! Sabe?! Eu acho que eu sou meio metida pra essas coisas (rindo). (...) Porque assim, gente, **a alegria do Antônio, gente! Ele pergunta de você, sabe assim?! E a alegria que ele tem de te ver, assim, ele saber que ele pode vir aqui, ele recai, sabe, ele recai feio, assim, e ele vem pra cá, ele vem na expectativa de te encontrar**, de encontrar a gente, a confiança dele, gente, eu sou muito metida pra essas coisas! (rindo)

Júlia: Mas será que isso serve pra alguma coisa? (Diz chorando de emoção).

Luciana: Nossa, Júlia! De verdade! (...) **O CAPS pra mim é uma escola, assim, diária assim, em termos disso, que o afeto ele é transformador**. (Júlia fala junto: tá certo, tá certo!). Assim, e nas, nas pequenas coisas, assim, eu não to falando de grandes coisas, e às vezes pra gente pode ser muito pequeno, mas pra eles não é.

Rosana: Isso! A gente quer transformar aquela família de um jeito que a gente acha que é melhor, né, aquela família, aquela criança, aquele adolescente, né?! E eles têm o jeito deles também de ver.

Júlia: Minhas supervisoras! (Diz, animada) Já entendi o que é uma supervisão! (Grupo ri).

Gabriela: Mas acho que até a emoção, a sua emoção mostra que não é pequeno, né?! (Júlia diz junto: não!). Mostra que você está envolvida, se afetando, né?!

Júlia: É! Ah, mas aquele menino... (Fala em tom admirado. Gabriela ri).

Luciana: Te afeta, né?! E se te afeta, não vai afetar eles? Duvido! Duvido! (...)

Renata: Mas não é só a família que, às vezes, fica com altas expectativas (...) **isso que a Lu falou é muito fundamental, de a gente conhecer o nosso valor, reconhecer o que a gente fez dentro das limitações da gente e que aquilo fez a diferença na vida de alguém, assim, né?! Ter, ter, ter aquele parâmetro, assim, de que até aonde eu pude ir eu fui, sabe, mas essa cobrança profissional acho que todo mundo se faz em algum momento da, da, da vida, assim**. (...)

Gabriela: Cês tavam falando de expectativa, né, assim, mais cedo, de expectativas altas, e o que a Júlia perguntou “ah, o que eu faço será que vale a pena”, né?!

Júlia: Não, “será que serve pra alguma coisa?”

Gabriela: **Aí eu fiquei pensando assim, será que a questão da expectativa é que a expectativa é alta ou é uma expectativa de que vai resolver logo? Né?! (...)** eu tava num congresso, né, essa semana, de saúde pública, e aí teve uma fala lá que pra mim foi impactante, de um professor, dizendo assim, é, às vezes o trabalho na saúde é, ele é muito exigente e às vezes provoca frustração porque ele é um trabalho de final aberto. Muitas vezes a gente não vê o resultado, né, e aquilo vai ser um investimento para um outro continuar, se é que vai continuar, né?! (fala rindo e Renata ri).

Tereza: Porque pode não continuar, né?! (...)

Júlia: Isso não dá pra medir, (...) Igual um asmático, tinha 6, tá tendo 3, cê sabe que melhorou, (Gabriela fala junto: Isso! Tem um critério...) agora na saúde mental você não sabe como ele iria ser, pra saber como que ele tá sendo. (...) **Eu sei que entrar com corticoide na asma muda o prognóstico, agora, isso aqui eu não sei bem**.

Tereza: É! E ninguém sabe! (Fala rindo e grupo ri).

Júlia: Ainda bem que ninguém sabe, eu fico mais sossegada! (Fala rindo). (...) (Transcrição editada do Encontro 4).

O trecho apresentado se inicia com uma conversa sobre a importância de se compreender as razões de ser por trás das leis e orientadores da política de saúde, construindo a importância de processos de supervisão, que facilitariam essa compreensão.

Júlia, contudo, compartilha com o grupo sua dificuldade de entender o que seria uma supervisão e qual seria a importância dela, construindo como justificativa de sua

incompreensão sua formação médica, que a treinou a cuidar de questões físicas, para as quais a resposta profissional é pontual e objetiva. O grupo, então, se dedica em oferecer à Júlia algumas explicações e exemplos.

Adiante, Júlia traz outra questão que é o gatilho para o momento crítico aqui apresentado. Compartilhando com o grupo a angústia de pensar que sua prática não tem efeito algum para os pacientes, ela convida o grupo a falar sobre essa importância. Luciana, em especial, faz uma intervenção que pode ser considerada confrontadora. Ela recusa o sentido trazido por Júlia de modo enfático, porém de maneira muito acolhedora, trazendo a lembrança de um paciente e a ideia de que o “afeto é transformador”. Essa intervenção tem um efeito arrebatador em Júlia, que se emociona e, satisfeita, chama as colegas de suas supervisoras.

Essa interação foi delimitada por mim como importante e constituinte de um momento crítico porque é um acontecimento *in loco* que constrói a utilidade das discussões que vinham sendo desenvolvidas com relação à importância das práticas em saúde mental e das discussões em equipe para lidar com as dificuldades encontradas. Isto é, a pergunta de Júlia, relacionada às temáticas que vinham sendo trabalhadas, além de propiciar um aprofundar dessas questões, possibilita que esses sentidos sejam postos em ação, utilizados para ajudá-la. E, o fato de essa ajuda ter se efetivado no grupo e pelo grupo, constrói a potência das conversas em equipe e da responsividade, o que foi chamado por Júlia de supervisão.

Com isso, esse momento crítico nos convida a entender que o potencial de transformação pelo afeto se dá, não só com relação aos pacientes, mas na relação entre as profissionais, que se apoiando de maneira afetiva, podem transformar sentidos e construir aprendizagens que revigoram o potencial das suas práticas.

Como vimos, esse momento se desdobra em mais reflexões que nos dizem de seu impacto no grupo. A resposta de Luciana à questão de Júlia é tomada por Renata como resposta a algo que também a incomodava. E, para mim, soa como conexão a uma ideia conhecida num congresso – a de que o trabalho em saúde é um trabalho de final aberto – que apresentei buscando convidá-las a reconfigurar a ideia das expectativas das profissionais com relação ao trabalho. Assim, adiante, após o impacto emocional, Júlia traz mais uma vez um exemplo da diferença da doença física e doença mental, contudo dessa vez, não para contextualizar uma dúvida, mas como exemplo da sua compreensão de que o trabalho em saúde mental não pode ser medido como o trabalho que se volta à cura de questões físicas, com rápida resolução. Com isso, ela pôde, ainda, entender que suas incertezas na prática em saúde mental, não eram devido à sua formação médica,

mas tinham a ver com as idiossincrasias da própria prática, sendo inseguranças compartilhadas pela equipe.

No último encontro, numa conversa de avaliação de todo o processo de EPS desenvolvido, essa interação foi retomada, como podemos ver a seguir.

Beatriz: E aí, aqui **com as conversas no grupo, eu vejo mais importância do meu trabalho**, entendeu?! Eu consigo enxergar mais importância do nosso trabalho, na verdade. (Gabriela: u-hum.). Que tudo bem eu não ter certeza, é... que não é por isso que não estamos fazendo um bom trabalho, que não é por isso que não está funcionando (...)

Rosana: Teve um encontro que a **Júlia questionou muito isso, né?! (Gabriela: u-hum!)**. O que que os nossos pacientes seriam se não tivessem passado pela gente. (Luciana: nossa, é verdade!). Eu até falei pra ela, né, “nossa, você tá achando que eles iam ficar melhor se não tivessem vindo?” (rindo e grupo ri). Porque é difícil mesmo, né, não tem uma coisa concreta. (...) (Trecho do Encontro 7).

Nesse trecho podemos ver uma repercussão do momento crítico “O afeto é transformador”. As reflexões, que no momento crítico delimitado se deram em torno de Júlia, são retomadas por Beatriz e ligadas ao que chamei de momento crítico por Rosana, nos sinalizando que o momento fora marcante também para o grupo.

Esse momento crítico nos convida a reconhecer uma relação intrínseca entre a forma de se conversar e o conteúdo das conversas. O processo conversacional estabelecido entre as participantes, pautado na responsividade e apoio mútuo, propiciou a transformação de sentidos sobre a relevância da prática profissional desenvolvida por elas, que por sua vez, construiu a potência daquele processo conversacional.

7.2.2 “Estamos prescrevendo corresponsabilização”: transformando o sentido de participação das famílias

O momento crítico aqui estudado diz respeito à construção do sentido, pelas participantes, de que elas estariam prescrevendo a corresponsabilização às famílias das/os usuárias/os pelo tratamento. Essa ideia foi sendo gerada a partir das discussões sobre a diferença entre teoria e prática, que começamos a abordar ao examinar o momento crítico anterior, mas também a partir de discussões e problematizações do que seriam as práticas de cuidado às famílias e da ideia da não-adesão das famílias no tratamento. Essas conversas vinham ocorrendo desde o primeiro encontro, como sugere o trecho a seguir.

Beatriz: (...) eu não trabalho diretamente com a família (...)

Luciana: É... é... eu cuido das famílias assim, principalmente de uma forma indireta na verdade, porque... eu também, **assim como a Bia, também não faço um trabalho específico com famílias** (...)

Tereza: Posso complementar?

Luciana: Pode!

Tereza: Eu acho que quando você fala “indiretamente”, né, pelo menos na sexta de manhã não é tão indiretamente assim! (risos) Porque você que vai buscar os pacientes.

Luciana: Ah é! É verdade! Tem isso também!

Tereza: E aí tem uma intervenção, né, nas famílias desses pacientes que acho que é bem importante. (Risos das demais participantes)

Rosana: É, a gente fala assim, a Lu se refere assim: “família tal, família tal”.

Beatriz: É!

Rosana: Você nem se dá conta!

Luciana: É!

Rosana: Quando eu vou perguntar: qual é o nome dos pacientes? Você fala: “eu vou por família”.

Beatriz: Quando ela separa pra tirar o prontuário, ela separa por família, também! (fala rindo).

Luciana: É verdade! (fala rindo) É mesmo!

Gabriela: A família tá atravessando aí, né?! (...)

Emília: Às vezes a gente considera só, né? Trabalho com família é quando você sistematiza, tal...

Luciana: Numa sala, né?!

Emília: É! (...)

Tereza: E... e aí acho que esse caso tem tanta coisa, essa família tem tanta coisa... e **eu fui fazendo o relatório a partir do prontuário... né?! E vendo tudo que a técnica de referência fez, né?! De ir atrás do atendimento do vô, de ir atrás do atendimento do pai, pro câncer no HC (Hospital das Clínicas), porque ele tinha abandonado e por que que ele abandonou, e acolhendo a vô quando fazia a visita (...) ao mesmo tempo as necessidades legais, né, a gente tem uma ameaça e a gente vai avisar quem, o Conselho Tutelar, a polícia? Né?! Violação de direitos, isso vai ajudar ou vai piorar a situação da família? Ter mais gente envolvida, às vezes com pouca sensibilidade, né, pra essa situação... (...) E aí, dentro disso tudo, eu vejo assim, aí a gente, aí tinha o relato também no prontuário assim, “a gente chamou pro grupo de família, a família não vem. A gente chamou pro grupo de família, a família não vem” e aí assim, com o tom um pouco de “olha, a gente tá oferecendo e, assim, eles não tão aceitando”. Aí eu fiquei pensando: o que que a gente tá oferecendo?**

Gabriela: U-hum!

Tereza: (...) **qual é o nosso objetivo com o grupo de família? Que, porque que não tá vindo? Será que assim, com todos esses problemas, vir no grupo de família tá ajudando essa família?** (...) então assim, todo esse cuidado com a família, a gente tava achando que a gente não tava tendo porque ele não tava vindo no grupo de família... e ainda com o pezinho de culpabilizar a família porque não se implica (...)

Luciana: E é engraçado que é uma culpa que vai e volta, né, porque também, **a gente também fica com a sensação de “nossa, o quê que será que a gente tá fazendo de errado”, né, “por que que a família também não tá vindo?”.** (...)

Tereza: No final o termômetro é o grupo de família.

Luciana: É! Olha que interessante! (fala rindo) (...) (Transcrição editada do Encontro 1).

Neste trecho, busquei dar visibilidade a como, ao meu ver, o grupo construiu, na conversa, o reconhecimento de diferentes práticas realizadas com famílias, problematizando a ideia de que o cuidado às famílias se dá apenas nos grupos de família. Na intervenção feita por mim, no trecho apresentado, busco dar visibilidade a esse processo, verbalizando minha compreensão de que o trabalho com famílias se dava de maneira conjunta, transversalmente à outras práticas.

Além disso, a partir do uso da autocrítica reflexiva, as participantes problematizam a não adesão das famílias, questionando a utilidade dos grupos de família que organizavam no serviço, diante das necessidades das mesmas.

No Encontro 2, o grupo conversa sobre a complexidade gerada pela responsabilização dos CAPS por reestabelecer os vínculos familiares, refletindo sobre uma centralidade, às vezes irracional, da política pública na família. Essa discussão se ligou, ainda, à discussão da dificuldade do trabalho em rede e do encaminhamento sem corresponsabilização, que já tinha começado a ser discutida no Encontro 1, caminhando para a problematização do conceito de família. Isso também se liga à discussão da diferença entre teoria e prática, como podemos ver a seguir.

Emília: (...) um exemplo, o CETREM (Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de Rua) manda um paciente em crise, né, pro CAPS, tal. Ele fica bom, depois de um tempo, e daí? Ele não tem família, não tem nada, **eu ligo pro CETREM “ó, o paciente já tá estável, tranquilo, tá com a medicação tal”, eles falam “não! Você se vira!”**. (...)

Renata: A partir do momento que o paciente é nosso, é, e houve um rompimento de vínculos, cabe a quem está com esse paciente estabelecer esses vínculos, então essa questão da... acho que entra nisso que a gente tava falando...(…) porque **pra começar fazer um trabalho com a família, primeiro você tem que restabelecer um vínculo, porque às vezes não existe mais vínculo pra ser restabelecido**.

Luciana: Isso!

Renata: E aí cadê? Se você não tem a família, com o que você vai trabalhar?

Tereza: E quando as pessoas escolhem romper vínculos, isso é uma escolha legítima?

Emília: É!

Tereza: Né?! E aí todo o serviço público tá dizendo que precisa estabelecer vínculo. A gente faz o quê, enfia os nossos pacientes útero adentro? (fala rindo)

Emília: Isso acontece muito...

Tereza: Com fórceps, ao contrário? (fala rindo, risos do grupo) (...)

Luciana: **É! As políticas públicas em geral elas têm uma centralidade na família, só que a família ela não dá conta de tudo!**

Tereza: Eu diria que é até um fetiche! (...)

Renata: É tão complexo que nós viemos aqui pra falar de cuidados e de família. A gente começou pelos rompimentos familiares, né (fala rindo e outras pessoas riem também) (...)

Eu acho que fica um pouco nebuloso, Gabriela, o que que é nosso, o que que é da equipe, o que que é do serviço, o que que é da rede, o que que é do outro setor, e aí você não sabe até onde você vai, o que que pertence a você, o que que pertence ao restante!

Tereza: E é muito fácil você cair nos dois extremos, eu acho, né?! Ou é tudo eu e eu tenho que resolver tudo (...) E acho que a rede inteira faz isso e na verdade ninguém sabe o que fazer.

Gabriela: Que é esse encaminhamento sem corresponsabilização, né?! Que aí fica (Renata fala junto: a batata quente!) **“o que que é de quem” ao invés de ser “é nosso”, né?! E aí todo mundo, cada setor poder acompanhar e dar prosseguimento, né?! (...)**

Maria: Sabe o que eu fico pensando? (...). A gente tá falando “ah, a família” e aí “a família desestruturada, a família que não tem vínculo, a família que isso, a família que aquilo”, o que que a gente chama de família? Sabe? Porque às vezes o que a gente chama de família, talvez se a gente continuar chamando essa mesma coisa de, sempre de família, aí a gente vai ver aquela coisa, que é a família como desestruturada, como sem vínculo, como blábláblá. E se, tem tanta, **você falou isso, né (se referindo à Renata), que a gente tem que começar pela família que não tá com vínculo pra conseguir chegar na que tá com vínculo. Será que isso não faz a gente pensar que talvez o que esteja errado, o que não esteja se encaixando é o que que a gente tá chamando de família?** Porque a gente tá tentando encaixar milhões de coisas num conceito de família. **“Ah, a teoria não é a cara da prática” não é mesmo! Será que talvez não fosse a hora de a gente falar “já que não tá dando, vamos tentar pensar de outro jeito?”**. (...)

Tereza: Posso defender a teoria? (Gabriela ri).

Maria: Vai!

Tereza: Acho que a gente tava falando de teoria e de prática, que acho que as coisas não se combinam, mas eu acho que pra gente fazer uma boa prática a gente precisa de uma boa teoria. Então a gente não pode jogar toda a teoria fora. E eu acho que a teoria que a gente tá falando que não combina/

Maria: É essa específica!

Tereza: É essa teoria que não tem/ **existem teorias boas e ruins, na minha cabeça agora. A boa é a que ajuda a gente a praticar.** (Transcrição editada do Encontro 2).

No trecho apresentado, tentei mostrar como a conversa se desenvolveu baseada na reflexão sobre a questão do cuidado às famílias relacionando-o a outras questões, de maneira a aprofundar os sentidos e de forma conectada com exemplos cotidianos, reconhecimento das próprias falhas (autocrítica reflexiva) e possibilidades de melhorias. Diante disso, fiz uma intervenção na qual nomeio o que estava sendo criticado por elas de ausência de “corresponsabilização” nos encaminhamentos. Esse termo foi utilizado em momento posterior, como veremos adiante.

O trecho mostrado a seguir, do Encontro 3, se inicia com a discussão, pelo grupo, da complexidade envolvida no atendimento às famílias que pedem soluções e respostas, responsabilizando as profissionais pelo cuidado. A partir disso, o grupo conversa sobre o controverso lugar de especialista e a dificuldade de ocupá-lo, considerando a necessidade e as possibilidades de participação da família não só nos momentos de cuidado, mas nos momentos de decisão sobre os processos de cuidado. Desta forma, uma transformação de sentido importante sobre o papel da família foi delineada, como podemos ver no trecho.

Fabiana: (...) às vezes, as mães, elas chegam e falam “ele me pediu dinheiro pra comprar droga, então eu dei, eu sei que é errado, mas se eu não dou, (Rosana fala junto: é! Eu já vi isso!) ele vai assaltar” (Rosana fala junto: fica pior, né?!), então ela põe essa questão pra gente: (Tereza fala junto: “o que que eu faço?”) **“o quê que eu faço?”** (...) Então, assim, “ah, não, não dá dinheiro não!” aí o menino vai, vai preso, porque fez um assalto mega, passou na televisão. Daí quem mandou não dar dinheiro, né?! (Rosana fala junto: isso!), então assim **essa responsabilização também, sabe, do que vai ser feito, dividir um pouco eu acho.**

Luciana: Isso é verdade! (...)

Gabriela: Eu fico pensando que tem uma... é... **tem um desempoderamento muito grande quando se fala de drogas** (...) eu fico pensando, é teoria ou passa muito por uma questão midiática que aí faz a gente ter um senso comum? (...) e aí isso desempodera, porque assim, a pessoa, uma vez que ela é usuária danou-se. Danou-se, ela não sabe mais o que ela tá fazendo (Luciana fala junto: isso!), ela não tem mais condições de cuidar dela e a família quer que a profissional fale, né?! (...)

Luciana: U-hum! (...)

Maria: (...) é que a partir disso, eu também ia perguntar, porque também é um incômodo meu. (...) **a gente tira o poder dessa pessoa, pega pra gente e aí a gente fala o que tem que fazer. E aí quando a família vem e diz “tudo bem, já que você é o especialista, você sabe o que tem que fazer, o que que eu faço?”, aí a gente fala “perai!”. (Gabriela ri) “Essa responsabilidade não é minha! É tua!”.** Entendeu? A gente tira a responsabilidade deles, mas a gente também não quer pegar pra gente, porque a gente tem medo. E aí fica onde isso, entendeu? Não dizendo que, que a gente tenha que pegar, “não, faça isso, faça aquilo”, nem que a gente não tenha, que tenha que dizer “não, você faz e

se vira, não tenho nada a ver com isso”, eu não sei o que fazer nessa situação. Mas **a sensação que eu fico é que a gente tira o poder de todo mundo! (...)**

Tereza: (...) por que que vira e mexe a gente cai nessa assim “ou a responsabilidade é da família ou a responsabilidade é do especialista”? Ou a responsabilidade é da menina ou a responsabilidade é da Rô? Por que que tá tão nos extremos assim? (...)

Gabriela: (...) **Que jeito, será que daria pra estabelecer uma parceria legítima e efetiva com a família, sem significar a responsabilidade sua ou minha, mas uma corresponsabilidade, assim?**

Rosana: Isso! É, tá muito frágil!

Gabriela: Será que dá? (...)

Maria: É uma questão de... não sei, de agência, né?! De quem tá é, agente, quem tá é, você pode se responsabilizar, se implicar, sem ser o único agente da situação. Entendeu, dividir essa agência, que eu fico pensando. (Rosana: isso!). **Uma agência compartilhada entre você e a família.** (...)

Luciana: (...) Nossa Gabi, você linhou muito com um negócio que tava na minha cabeça, eu pensei nisso também, me veio isso. (...) **Vira e mexe isso sempre vem na minha cabeça, assim, como que a gente tem que incluir a família na rede.** Nossa, pra mim isso é fundamental (...) **eu via muito acontecer de a gente sempre chamar reuniões de rede em que a família não era incluída.** A família não sabia que tava sendo feita essa conversa, a gente tentava decidir coisas da família (Gabriela fala junto: u-hum.; Tereza fala junto: entendi agora o incluir a família na rede), entendeu?

Gabriela: Sem a presença dela.

Luciana: Eu acho isso péssimo! Isso sempre me incomodou profundamente! (...) (Transcrição editada do Encontro 3.)

Podemos ver, nesse trecho, que a partir do uso da autocrítica reflexiva, Maria apresenta questões que reconfiguram a questão trazida, inicialmente, por Fabiana. A partir daí a ação profissional passa a ser considerada como construindo tanto a expectativa de respostas pelas famílias, quanto a frustração – e quase negligência – do profissional por não tê-las. A partir dessas reflexões, fazendo o uso da imaginação, convido-as a pensar na possibilidade de se construir uma parceria de corresponsabilização junto às famílias.

Essas reflexões foram trazidas por mim no Registro Reflexivo sobre o Encontro 3, no intuito de convidá-las ao aprofundamento dessas questões, considerando, além da intersectorialidade, a possibilidade de inclusão da família cotidianamente, em todas as fases do cuidado, como mostra o trecho a seguir:

Mas não só de risadas foi nosso encontro. Conversamos sobre questões sérias do cotidiano que afetam as práticas. Entre pensar nas teorias que são úteis, em como lidar com as falhas da rede, nas responsabilidades de profissionais e familiares, **uma coisa ficou muito proeminente em nossa discussão: como construir corresponsabilidade entre as pessoas e instâncias envolvidas no cuidado?**

Em algum momento, foi trazida no grupo a ideia da realização de reuniões conjuntas da equipe ou do profissional, com a família para planejar o cuidado. Achei essa uma ideia muito interessante e pensei em ir além: **seria possível incluir o paciente, além de sua família, na tarefa cotidiana de planejamento, ação, acompanhamento e avaliação do caso?** (Trecho do Registro Reflexivo do Encontro 3).

Nesse Registro, busco, inicialmente, dar visibilidade ao que considere como ponto principal da discussão ocorrida no Encontro 3, bem como, ao final, busco convidá-las à construção de maneiras de incluir as famílias nos processos de cuidado.

No Encontro 4, a temática da não adesão das famílias foi novamente discutida, como podemos ver a seguir.

Renata: Pra mim, o que veio dessa reflexão que você colocou aqui no papel (se referindo ao trecho do Registro Reflexivo citado; Gabriela fala junto: u-hum.) e tem a ver um pouco com essa questão da teoria e da prática (...). Eu tô fazendo uma capacitação e tava falando do Projeto Terapêutico Singular, né?! **E achei muito interessante você falando dessa questão da família tá participando do caso, do paciente participando do caso, porque o projeto, o PTS, ele prega muito isso** (...) Que o saber é um saber conjunto, né?! (...) E quando começou essas discussões sobre o PTS, de montar um projeto terapêutico pro paciente, eu não tinha da/noção da importância daquilo (...) tem um motivo de ter aquela teoria ali, né, então tá utilizando ela é, muitas vezes, é necessário pra você dar um bom andamento no trabalho. E, a hora que você trouxe eu consegui encaixar direitinho assim, da importância de realizar um PTS pro paciente com esse movimento que a gente tá fazendo aqui, com as colocações e exigências da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e como que o trabalho pode ser construído mesmo, né, que, às vezes, a gente precisa de muita teoria realmente, pra poder perceber que aquilo sim pode vir pra prática (...)

Emília: É, porque a gente tem um pouco de dificuldade de chamar a família no CAPS. (...) a gente tá tendo muito caso de família que quer abandonar. A gente até reconhece, né, a dificuldade deles...

Luciana: Nossa, mas você sabe que até no hospital, assim, as crianças às vezes internam, a família não pode ficar. Acompanhando, sabe? (...) porque trabalha, porque tem milhões/

Renata: Tem outros filhos em casa...

Luciana: É! (...)

Renata: Porque, às vezes, as pessoas falam “ah, é só ela se afastar!”, como assim, nem todo mundo tem emprego formal! (fala rindo)

Luciana: É! E outra coisa, gente, a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), porque assim, gente, as coisas também são feitas para dar errado (Renata ri), eu tô crendo, porque ó, vamos pensar uma coisa, a gente vai lá no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e que bonitinho! Né, a criança tem direito a um acompanhante na internação, parabéns! Parabéns pra lei! (Renata ri) Só que assim, **só que a CLT não respalda esse pai e essa mãe, eles levam o atestado e não é válido.** Não é válido! (...) E assim, como que uma família dessa vai fazer, né?! Assim, e pensando aqui (se referindo ao CAPS) também, porque vim, né, assim, pro grupo de família, vim pra isso, vim praquilo (...)

Tereza: E marca, né, das oito e meia às dez! (Grupo concorda e ri; Gabriela diz: esse horário bem fácil!) **Aí você escreve lá no prontuário “a gente ofereceu, mas a família não aderiu”.** (Gabriela ri). (...) (Transcrição editada do Encontro 4).

No trecho, podemos ver que a interação se inicia a partir do que a última pergunta que fiz no Registro Reflexivo sobre o Encontro 3 fez Renata pensar. Ligando minha reflexão com seus estudos sobre Projeto Terapêutico Singular, ela compartilha com o grupo suas aprendizagens advindas de outro contexto, algo bastante enfatizado pela política da EPS como uma potência dos encontros de equipe.

A partir disso, a equipe caminha para a discussão e contextualização das dificuldades das famílias em participarem dos processos de cuidado, com o uso da autocrítica reflexiva e de exemplos cotidianos, baseados nas políticas públicas “feitas para dar errado”.

Até aqui, vimos que a conversa caminhou na transformação de sentidos sobre as práticas com família, problematizando a não adesão e as próprias ações como

produtoras desta “não adesão”, construindo a importância da participação e corresponsabilização da família. Com esse pano de fundo de reflexões e problematizações, as reflexões do grupo sobre o cuidado às famílias foram retomadas no Encontro 6, culminando num momento crítico, como veremos no trecho a seguir.

Maria: Eu fico lembrando de um texto que a gente leu uma vez numa disciplina que era o moço que chegava no, no, numa UBS (Unidade Básica de Saúde) e ele tava com o pulso cortado/ (...) Aí as pessoas viram, né, o pulso cortado, o que que faz? Sutura! Mandaram embora, o homem se matou, óbvio!

Tereza: Aí trata da ferida do homem e não o homem da ferida. (...)

Júlia: Gente, isso é medular. Chega e fala: “doutora, tem uma sutura”, você vai lá fecha aquilo e vai embora. Vem aqui, nem vai pro encéfalo (fazendo com as mãos, no próprio corpo, o caminho neurológico da informação), vem aqui, já volta, você costura e sai/

Fabiana: (fala rindo) Medular! Agora que entendi! (...) **É comportamento reflexo!** (fala rindo).

Júlia: É comportamento reflexo! (Gabriela ri). **Por isso que esse CAPS dá trabalho, nada aqui é reflexo!**

Gabriela: Nada é reflexo!

Júlia: Tudo tem que subir pro encéfalo, fazer conexão, nossa! (grupo ri). (...)

Renata: Como nossa prática não pode ser mecanicista, né?! (...)

Beatriz: E isso cansa!

Renata: Cansa! Nossa! E cansa! (grupo ri). (...)

Tereza: Acho que isso é que é a imprecisão e a incerteza.

Gabriela: É!

Tereza: A última frase aqui. (Referindo-se ao Registro Reflexivo do Encontro 5). (...) **Que nem a massagista, quando eu fui. “nossa, tá duro aqui, hein?! Tem que levar a vida mais leve!”.** Eu falei: “beleza, com tudo que eu tenho que pensar, agora eu tenho a obrigação de levar a vida mais leve?!” (grupo ri, animado!). (...)

Rosana: “Você tem que parar de usar droga!” (fala rindo e grupo ri). Quando é adulto, entendeu! “Mas eu vim aqui pra tentar parar, eu vim aqui por isso!”.

Fabiana: “Eu vim aqui por isso! Como que você fala o que eu já sei?!”.

Tereza: A massagista foi a mesma coisa! “E você acha que eu tô aqui por que?!” Se tivesse numa boa eu não estava aqui! (Grupo ri e se agita, falando todas juntas sobre a questão e rindo alto).

Gabriela: Tem aquele mito do barão de Münchhausen, né?! Que ele tem que se salvar da areia movediça puxando o próprio cabelo. (...)

Tereza: Mas a ideia é que não dá, né?! A ideia (Gabriela fala junto: é, exatamente!) é que **você tá precisando de ajuda e a pessoa fala pra você fazer exatamente o que você foi pedir ajuda.**

Rosana: “Você tem que parar de usar droga!”.

Gabriela: É!

Rosana: “Você tem que parar de ficar tensa!” (...)

Luciana: Gente, isso não ajuda a gente a pensar a abordagem com as famílias?

Fabiana: Eu pensei nisso também!

Luciana: Porque, nossa, a gente estava esses dias discutindo tanto sobre isso e assim, de certa forma, eu acho que a gente busca fazer uma parceria de corresponsabilidade com as famílias, né, mas será que elas entendem dessa maneira ou será que elas/

Tereza: A gente não entende dessa maneira, Lu! (fala rindo)

Luciana: Não, né?! Eu estava pensando justamente nisso (fala rindo). Perfeito! Obrigada!

Tereza: (...) a gente tá tão acostumada a prescrever, a resolver o problema, a gente resolve porque o paciente é paciente, não faz nada, né?! Assim... não precisa fazer nada, você deita, dorme, é... toma anestesia e aí o pessoal vai lá e faz a operação, só isso! Né, você não faz nada, é o paciente. Aí você prescreve, prescreve, prescreve. Aí na hora que, eu tô vendo, que em todo lugar, **quando a gente pensa em corresponsabilidade, na hora que a gente senta pra conversar com os pacientes, a gente tá prescrevendo corresponsabilidade.** (fala rindo)

Renata: Nossa! É verdade!

Rosana: Pra quem nunca teve ninguém responsável por ele!

Gabriela: É mesmo!

Tereza: É! **A gente enfia a corresponsabilidade goela abaixo!** (Rosana fala junto: ele sofreu negligência a maior parte das vezes). (...)

Gabriela: **Se eu tô entendendo, você tá pensando, é, até que ponto que tentar construir a corresponsabilização é devolver pra pessoa o problema dela.**

Tereza: U-hum! (alguém fala: isso!).

Rosana: É, resolve teu problema! (pessoas falam juntas).

Gabriela: Acho que é um limiar, assim, interessante de se pensar.

Fabiana: E que reflete, talvez, na adesão...

Maria: E que quando dá certo a gente fala que a gente que fez, né?! (...)

Tereza: É! É o cúmulo, né?! “Tereza, não vou te atender mais porque você está com o ombro muito duro!”.

Gabriela: É! (fala rindo).

Fabiana: “Vai doer a minha mão!” (fala rindo)

Rosana: “Mas ela vem com o ombro muito duro”, na supervisão das massagistas! (risadas animadas e em alto volume). (...) (Transcrição editada do Encontro 6).

Com essa edição da interação, ocorrida no Encontro 6, tive a intenção de delinear o caminho da conversa no grupo, partindo de problematizações sobre a especificidade e complexidade do trabalho em saúde mental, que gera a necessidade de se tolerar a incerteza, gerando, por sua vez, cansaço.

A interação se inicia com a citação, por Maria, de um texto que ela lera numa disciplina cursada. As reflexões trazidas por essa citação são o ponto inicial das reflexões que culminam no momento crítico delimitado. A partir disso, o grupo conversa sobre a especificidade do trabalho em saúde mental e nos CAPS, com reflexões que se ligam ao momento crítico “O afeto é transformador”, retomando, uma citação que eu fizera no Registro Reflexivo do encontro anterior:

Falamos também das consequências do pensamento crítico, compartilhando as angústias que se colocar sempre em dúvida nos causa. O grupo concordou que optar pelo pensamento crítico, questionador do *status quo* e do caminho mais fácil, é a opção mais honesta, apesar de mais angustiante. Envolve reconhecer nossas limitações e erros, ao invés de travesti-los de naturalidade e imparcialidade. Fiquei pensando que para o trabalho em saúde mental isso é essencial. E me lembrei de uma frase do Popper, filósofo da ciência: **“nunca se pretenda mais precisão do que a exigida pelo problema que se tem em mãos”. Se na saúde mental nossos problemas são tão complexos, subjetivos, multicausais e imprecisos, penso que aprendermos a tolerar a imprecisão e a incerteza é parte fundamental das nossas ações. O que vocês acham dessa colocação?** (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 5).

Com isso, o grupo se engaja numa conversa bem-humorada sobre o processo de responsabilização da pessoa para resolver a questão para a qual ela buscou ajuda especializada. É nesse contexto conversacional que o momento crítico delimitado ocorre, quando Luciana convida o grupo a conectar aquelas reflexões à questão do trabalho com famílias e, a partir de sua fala, Tereza complementa a reflexão, propondo uma autocrítica reflexiva sobre a tradição de prescrição que existe na área da saúde, que as levaria a prescrever a corresponsabilização às famílias. Deste modo, a ideia da

importância da corresponsabilização das famílias nos processos de cuidado é também problematizada a partir da consideração de que essa corresponsabilização vinha sendo feita de maneira prescritiva, ideia que para a qual busco dar visibilidade, em minha fala na interação.

A construção desse momento crítico nos remete a discussões que perpassaram todo o processo de EPS realizado até então. E, ocorrendo num momento de descontração, nos diz da potência das conversas pessoais e do humor, isto é, do relacionamento grupal, na produção de conversas transformadoras.

Esse momento crítico aconteceu quando o grupo parecia envolvido num bate-papo sem utilidade, descolado dos objetivos do grupo, cheio de piadas e histórias da vida privada das participantes, que, no momento interacional, levou-me à preocupação com o processo, me fazendo imaginar que eu deveria fazer alguma intervenção para chamar o grupo à tarefa de discussão sobre o trabalho. Todavia, sustentar esse momento interacional que parecia desconectado do trabalho foi importante porque justamente a partir desse contexto é que uma reflexão fundamental sobre o trabalho com famílias pode emergir.

Barret (2004) afirma que o humor funciona como um convite para as pessoas deixarem de lado os papéis e funções habituais para verem o caráter bobo que existe por trás deles. Assim, deve ser tomado como algo sério, como uma intervenção potencialmente e moralmente instrutiva, que interrompe padrões improdutivos, com a capacidade de restaurar a vitalidade e imprevisibilidade do relacionamento humano. Segundo ele, a construção de momentos críticos requer uma consciência irônica, uma abertura pra novos cenários de autoquestionamento e questionamento mútuo, que podem ser proporcionados pelo humor.

Este momento crítico, portanto, se tratou de uma transformação de sentidos que ganhou contornos de uma epifania, na interação grupal, sobre a construção da corresponsabilização das famílias. Além disso, teve especial impacto para mim, como facilitadora, devido às características da interação que o precederam, como já foi dito. Mas também foi de especial importância para Luciana, como podemos ver no trecho abaixo, relativo ao Encontro 7, último encontro, em que conversávamos sobre todo o processo de EPS desenvolvido.

Gabriela: E tem alguma coisa em especial assim que, é, que você achou que foi importante ter sido discutida aqui, pra você, pra sua prática, foi relevante?

Luciana: Nossa, uma coisa que não saiu da minha cabeça, desde a última vez, foi essa história da corresponsabilidade. (...) Sabe, acho que isso ainda vai render pra mim em termos de reflexão, sabe, de ficar atenta, de perceber, de me perceber, sabe (Gabriela fala junto: u-hum.), nos atendimentos, eu gostei muito de pensar sobre isso, acho que vai ser necessário pra gente, as famílias não vem, né, assim, a

gente não tem muitas famílias aqui, assim, é, e acho que a gente precisa pensar, sabe, nessas questões assim, acho que isso é importante pro trabalho. (Gabriela fala junto: u-hum.) é necessário mesmo, pra gente não repetir um modelo que pode estar dando muito errado, entendeu? (...) (Trecho do Encontro 7).

Nessa fala, Luciana diz das reverberações daquela interação para sua prática e da aprendizagem construída sobre a responsabilização das famílias, ressaltando o potencial deles para novas reflexões e transformações futuras.

7.2.3 “Essa fala é minha!”: construindo sentidos sobre a prática interdisciplinar

Este momento crítico se relaciona à transformação de sentidos com relação à prática interdisciplinar, a partir de conversas sobre experiências vividas por elas em momentos anteriores. Foi delimitado por mim devido à sua potencialidade de transformar o relacionamento entre as profissionais, dissolvendo conflitos e construindo possibilidades de lidar com os desafios do trabalho interdisciplinar.

As discussões e interações que subsidiaram esse momento crítico foram iniciadas no Encontro 5, em que a equipe, num clima mais tenso em comparação com os demais encontros, conversou sobre alguns pontos difíceis no relacionamento entre as profissionais. Podemos ver essa interação no trecho a seguir.

Rosana: Eu acho que, às vezes, a gente não confia um no outro. Sabe?

Gabriela: No outro... equipe?

Rosana: Da própria equipe! Da própria equipe. **Eu tenho essa sensação assim, que não confiam em mim ou que eu não confio no outro ou que eu tô sozinha nessa situação.** Mas também não me sinto à vontade de chegar e falar “ô gente, porque que vocês me deixaram sozinha nessa situação ou porque que não, o que que tá havendo, né? Por que que nós não estamos discutindo tal caso, né?” (...)

Luciana: Acho que essas questões são muito delicadas, né, porque assim, é, **eu acho que tem uma coisa que é trabalho coletivo e aí a gente precisa colocar as coisas na mesa pra conseguir deslanchar o trabalho,** pra não ficar com amarras, pra não ficar com mal estares, tal. (...)

Tereza: Acho que se a gente virar uma equipe unânime nós vamos virar uma equipe cega, né?! (Gabriela ri, concordando) se todo mundo pensar igual, ferrou, tem alguma coisa errada. Mas, aí a gente, né, precisa ver como que a gente vai lidar com o pensamento diferente. Né, como que a gente vai lidar com isso. **E aí precisa de uma disponibilidade pra ouvir. Né?! (...)** Ouvir, pensar e contra argumentar. (...)

Fabiana: Aí talvez entre a questão da confiança que a Rô falou. **A gente não tem essa confiança, né, no colega, né, de poder expor aquilo que você sabe que vai ser polêmico.** (...)

Renata: É que tem um limite dentro do poder e o saber, né, acho que é uma questão que, às vezes, ultrapassa de um pro outro. Porque, às vezes, você até sabe sobre aquilo, mas não consegue se colocar, às vezes, na reunião, você até tem sua teoria internalizada ali, mas **na hora de discutir um caso você não consegue, às vezes, passar muito bem o que você sabe, a sua ideia, e às vezes, você se cala, no momento.** (...)

Tereza: (...) Porque eu acho que tem... várias, mas eu pensei em duas possibilidades (ri e grupo ri), que é: a situação me apresenta uma outra coisa, que não combina com aquela discussão e aí eu vou improvisar, porque eu acho que o que a gente combinou não vai combinar com a situação.

Júlia: Isso é a diferença entre teoria e prática.

Luciana: Que aí é olhar pro que você tá atendendo.

Tereza: É!

Luciana: Legal!

Tereza: **E tem a outra situação, que eu pensei agora, né, de que é, eu me calo, não consegui falar, fiquei com raiva da Lu porque a Lu pensa diferente e a Lu falou e aí o pessoal concordou com a Lu, e aí eu vou fazer o contrário porque eu não quero fazer o que a Lu mandou.** Aí eu acho difícil, aí eu acho complicado.

Luciana: Porque aí você se cega pra situação, né/

Tereza: Porque daí você tá atendendo sua relação com a Lu e não o paciente. (pausa) É gente, trabalhar não é fácil não! (fala rindo e grupo ri). (...) (Transcrição editada do Encontro 5).

Nessa interação, o grupo se dedica a discutir as tensões e dificuldades envolvidas nos processos de decisão e trabalho em equipe, abordando o acordo de ações e a confiança mútua como fundamentais para que o trabalho aconteça de forma a beneficiar o/a paciente, apesar de alguns conflitos e discordâncias entre as profissionais. Buscando compreender as causas dessas discordâncias e formas de lidar com elas, o grupo traz a importância de saber ouvir críticas, bem como de se colocar de maneira a produzir parcerias, ao invés de produzir mais conflitos.

É curioso observar que o grupo não baseou suas reflexões em exemplos concretos, para subsidiar essa discussão. Essa interação, também, não foi permeada de humor, como era comum neste grupo, e a reflexão crítica, trazida por Tereza, se dirigia a uma terceira pessoa, e não ao coletivo “nós”, como também era algo comum e recurso linguístico envolvido em outros momentos críticos delimitados.

Considerando o clima do grupo, mais tenso que o usual, construí o seguinte Registro Reflexivo, com o intuito de acolher as discussões e desconfortos compartilhados no grupo, ressaltando as potencialidades daquele encontro. Nesse sentido, chamo atenção para o uso do recurso *semiotic shading* (Green & Wheeler, 2004) substituindo a ideia de tensão pela de intensidade, logo no começo do Registro Reflexivo:

Nosso quinto encontro foi intenso. Penso que a equipe mergulhou no desafio de pensar as práticas e o trabalho como produção de cuidado e de sentido pra vida, fugindo de uma lógica taylorista de trabalho em esteira, onde cada um coloca seu parafuso e encaminha, sem envolvimento.

E essa conversa nos levou para uma outra conversa sobre os relacionamentos dentro da equipe. Falamos de confiança mútua, da dificuldade de falar e ouvir críticas, apesar do reconhecimento de que é pela divergência – e não pela unanimidade – que crescemos e melhoramos nossas práticas. Fiquei pensando que talvez seja este envolvimento – que é positivo – que faça com que em alguns momentos não consigamos ouvir críticas ao nosso trabalho. **Acho que estamos diante de uma tarefa complexa, mas importantíssima: tomarmos o trabalho como algo inseparável da vida, nos envolvendo com ele, mas ao mesmo tempo conseguirmos ter o distanciamento necessário, em algumas situações, que nos permita não nos ofender pessoalmente com algumas divergências relacionadas às nossas práticas profissionais. O que vocês pensam disso?** (...) (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 5).

As conversas e reflexões ocorridas no Encontro 5 e o Registro Reflexivo sobre o mesmo, construíram a base para a discussão que se seguiu no Encontro 6, enfocando os conflitos e potencialidades das práticas interdisciplinares, o que delimitei como mais um momento crítico desse processo. Podemos ver essa interação a seguir.

Júlia: Eu gostei do meio, esse negócio de não dissociar o trabalho do, como é que é? “o trabalho é algo inseparável da vida” (Se referindo ao Registro Reflexivo). (...)

Maria: Mas eu acho que o que ela fala aqui é não só que o trabalho tem que ser inseparável mas que **você tem que saber, às vezes, separar algo, quando alguém te fala alguma coisa (Júlia fala junto: isso!) no trabalho, não é pra você, né?! Eu acho que isso é meio... quase impossível! (Grupo ri). É difícil!**

Tereza: Impossível não é não! (ri)

Maria: É! É bem difícil, né?!)

Júlia: É, pensar no coletivo, né, com pensamento de grupo. Se ele tá falando aquilo, é pra melhorar o trabalho do grupo. Então você não leva pro lado pessoal/

Tereza: É pra você! Acho que não é “não é pra você”, é pra você, mas é a diferença de falar pra criança assim “você faz tudo errado, você é ruim” (Gabriela diz junto: u-hum) e de falar pra criança “esse seu comportamento não tá funcionando”. (Gabriela diz junto: u-hum).

Renata: Que vem de acordo com a frase aqui embaixo, né, gostei dessa parte da frase aqui: “saber tolerar a incerteza é parte fundamental do nosso trabalho”, ser tolerante, às vezes, é complicado, né?! **Porque ser tolerante com o paciente é uma coisa. Agora, ser tolerante com alguém da sua equipe... é complexo. Porque a gente, às vezes, se coloca “o que eu faria naquele lugar? Ah, eu faria diferente no lugar daquela pessoa”, mas essa é a questão, você não é aquela pessoa! (...)**

Fabiana: Eu vejo que é o desafio do trabalho interdisciplinar (...) E eu acho que a hora que pega é a hora que eu quero que o outro faça o que eu sei, o que eu aprendi, o que eu estudei ou o que eu faria. Isso fica complicado! (Gabriela diz junto: u-hum).

Luciana: (...) aqui (se referindo ao CAPS) eu acho que as coisas circulam, sabe, entre as profissionais, eu não sei, eu adoro isso, eu aprendo mais, eu acho que, às vezes, **dá nó, por exemplo, quando você acha que, é, que tem umas coisas de ego, você olha assim e você fala “nossa, mas a pessoa tá falando de social, tá falando bem do social, nossa, olha só!”** (fala rindo).

Gabriela: Para! Para, isso sou eu que falo! (diz rindo, em tom de descontração).

Luciana: Essa fala não! (fala rindo). Deixa eu falar! Deixa eu falar! (fala rindo). (...)

Renata: Mas eu acho que dentro de um CAPS isso ainda diminui mais, é... esse espaçamento, que uma profissão adentra a outra/ (...) Não, porque igual, por exemplo, **todo mundo faz oficina, todo mundo faz acolhimento (Fabiana fala junto: isso!), todo mundo participa de passeio, todo mundo, entende? Todo mundo faz, lógico que dentro da sua perspectiva, mas as mesmas atividades. (...)**

Fabiana: Aí dá aquela coisa tipo assim “quem é que vai falar no próximo grupo? **Coordenador ou co-coordenador?** O co-coordenador fala menos...” sabe, quando você fica assim?/

Tereza: Porque quebra a linha de raciocínio/

Fabiana: Quebra a linha de raciocínio, eu já fiz isso várias vezes, lembra? (...). **Lembra um grupo que você falou assim “ó, na hora que eu dei o corte, era pra ela ir embora pra pensar nisso”, e eu “vamos continuar, e vamos conversar!”**, e a Tereza falou “olha, eu pensei nisso, mas por conta da teoria, da formação da, que é da psicologia” (Tereza: u-hum) e no grupo eu não percebi, lógico, eu não tinha ideia de que isso existia (fala rindo) e aí, **depois a gente saiu e a gente conseguiu conversar e eu entendi que aquele corte tinha um objetivo, não era o horário.** Eu: “não, tem hora, ainda, tem uns quinze minutos, vamos até o final”. Não! Tinha um por quê de parar quinze minutos antes. (...)

Tereza: O meu lado otimista diz que isso é uma questão de afinar/

Fabiana: Eu também acho!

Tereza: Assim, de que não é uma coisa que não dá pra resolver, né?!

Fabiana: É, eu também acho!

Tereza: Porque **eu não fiquei brava com você nessa hora, assim, porque eu sei de tudo isso, assim, tal, cada um pensa de um jeito, não sei o quê, e eu acho que essa dificuldade é uma dificuldade real, porque a família tá aqui falando, né, aí a gente tá com uma linha, cada um tá com uma linha de raciocínio.** E aí você tá pensando numa coisa, aí o outro vai lá e atravessa, né, que daí vocês também podem tá pensando a mesma coisa, “mas será que a Tereza tá louca, falta quinze minutos!”/

Fabiana: É, e tanta coisa pra falar, surgindo tanta coisa aqui!

Tereza: Me atravessou aqui, o que que eu vou fazer agora, né?! Me atrapalhou, né?! Mas eu acho que isso é uma questão de afinar, né (Fabiana fala junto: u-hum) (...).

Fabiana: O foco é o paciente, né?!

Renata: O foco é o paciente. Tudo isso que a gente tá conversando é em prol do paciente. (...)

Tereza: Lembrei do exemplo. Assim, eu gosto de exemplo que eu consigo, eu me expresso melhor com exemplo. **Teve uma vez no grupo de família também, faz muito tempo atrás, que a, a gente tava numa toada “tititi tatata”, aquela coisa, né, a falação, “blábláblá”, “tititi tatata”, a Lu deu um corte na mãe (Tereza e Luciana riem) que, assim, a primeira coisa que eu falei foi “pelo amor de deus! O que que a Luciana tá se metendo a ser psicóloga neste momento, né?!”** (Júlia fala junto: nesse exato momento!). Em seguidinha, a mãe tirou uma foto do menino bebê e resgatou *um cuidado, um carinho*, eu falei “Lu!” (Luciana fala algo que não é possível compreender na gravação), ela fez um papel de psicóloga! **Fez um super efeito na família, acabou o “blábláblá”, assim, mudou completamente a conversa, e resgatou, eu falei “nossa, que legal!”. Vou brigar com ela porque ela é assistente social e não podia fazer isso? (fala rindo). Não tem sentido!**

Gabriela: “Lu, você me fala que eu falo!” (diz rindo, em tom de descontração; grupo ri). Manda no Whatsapp¹¹!

Renata: Peraí, escreve um bilhetinho, passa! (grupo ri). (...) (Transcrição editada do Encontro 6).

Vemos, nessa interação, que o Registro Reflexivo do Encontro 5 foi o disparador de conversas sobre o relacionamento da equipe e do trabalho interdisciplinar, como que numa continuação da conversa do encontro anterior. Contudo, nesse encontro o clima já era outro, amistoso e alegre, e as reflexões puderam ser sobre o coletivo “nós”, havendo o aprofundamento da questão da interdisciplinaridade.

Nesse sentido, no trecho apresentado, a conversa caminha de uma discussão sobre conflitos para as potencialidades da prática interdisciplinar. Num tom bem-humorado, exploramos algumas experiências de divergências, vivenciadas no cotidiano do serviço, ressignificando-as e tomando-as como possibilidade de construção de aprendizagens e parcerias. Com isso, evitou-se a discussão baseada em ideias abstratas.

Nesse movimento, Tereza tem a chance de explicar para Fabiana que, na situação vivida por elas na coordenação conjunta de um grupo de família, ela havia compreendido o “corte” que Fabiana fizera em sua intervenção, ressaltando acreditar na possibilidade de “afinação” entre coordenadora e co-coordenadora. Em seguida,

¹¹ Nome de um aplicativo para celulares, usado para troca de mensagens.

citando o exemplo de outra situação vivida, Tereza faz um relato na qual foi ela a pessoa que, no momento do grupo, não compreendeu uma intervenção feita por Luciana, mas reconhecendo, em seguida, o efeito transformador que a mesma teve junto à família. Assim, o grupo pôde conversar sobre duas situações distintas em que a mesma profissional ocupou posições diferentes, dando concretude às falas sobre a potência do trabalho interdisciplinar e a possibilidade de afinação entre as diferentes áreas e profissionais.

Reconhecendo a potência desse trabalho em conjunto, as participantes aceitam meu convite para fazermos piada com a possibilidade de uma profissional de uma área se ofender com a intervenção de sucesso feita por outra, por considerá-la exclusiva de seu campo profissional. Mais uma vez, o processo conversacional delineia as possibilidades de transformação, iniciando pela discussão de conflitos da equipe, em clima tenso, para a construção de sentidos que convidam a parcerias e práticas interdisciplinares, em tom bem-humorado.

7.2.4 “Mais poesia do que prosa”: construindo a importância do processo de EPS

Este momento crítico diz respeito à construção de sentidos, pelas participantes, que conferem importância aos encontros realizados, considerando o formato das reuniões, os Registros Reflexivos como instrumentos disparadores de reflexões e as temáticas abordadas.

Foi um momento crítico delimitado por mim porque legitimou a minha prática, como facilitadora e a proposta da EPS como relevantes. Assim, foi um momento crítico delimitado a partir do seu impacto e repercussões em mim, modificando minha avaliação do processo.

A construção dessa importância se deu, inicialmente, aproximando os encontros vivenciados da noção de supervisão. Todavia, a noção da supervisão foi sendo transformada, no decorrer do processo, ora se aproximando do formato de discussão em grupo que vínhamos tendo, ora se diferenciando deste, o colocando com importância menor em comparação com processos de supervisão.

A construção da importância do processo de EPS iniciou-se no Encontro 4, a partir do Registro Reflexivo do encontro anterior, em que, diante da possibilidade de encerramento ao final de cinco encontros, como combinado com a equipe inicialmente, iniciei uma conversa sobre o processo desenvolvido até então.

(...) Ao final, falamos um pouquinho sobre como o grupo gostaria de conduzir os próximos encontros e decidimos manter a forma mais livre como vimos fazendo, a partir da

consideração do grupo de que os encontros estavam fluindo. A partir disso, **fiquei pensando: além de estarmos passando bons momentos juntas, o que estamos conversando aqui está sendo útil para a prática de vocês? Se sim, como isso acontece? De que modo o que falamos aqui ajuda? E se não tem ajudado, o que poderíamos fazer para que essas conversas possam ajudar no cotidiano dos serviços?** (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 3).

O objetivo desse trecho do Registro Reflexivo foi cuidar do processo conversacional, buscando construir um espaço e momento úteis à prática das profissionais. A partir da leitura deste Registro, o grupo teve a seguinte interação:

Beatriz: Eu quero responder a sua pergunta (fala rindo, se referindo ao Registro Reflexivo). **Eu acho que pra mim, pelo menos, tá sendo útil e assim, vou só dar um exemplo do porquê. Depois eu e a Tereza continuamos a conversa (...)** Essa coisa da prática e da teoria que a gente, algumas pessoas disseram, que tá separada, outras, que conseguem ver elas andando juntas... e assim, se tá separada, por que que a gente não consegue fazer teoria na prática? A dificuldade é da teoria, a dificuldade é da prática? Ela é importante mesmo? Ou não é tão importante assim? Ou as duas coisas são importantes? Acho legal discutir mais isso. (...)

Tereza: U-hum. (...)

Luciana: É legal também a gente se escutar, a gente escutar o outro, né, acho que tudo isso vai, vai ajudando a encaixar várias coisas, assim, que ficam soltas no dia-a-dia, né?! (...) vai fazendo sentido, né?! **Uma coisa que pra mim foi muito importante, é... de pensar nas expectativas que a gente tem (...) aquela conversa que a gente teve, me ajudou demais, porque, aí que eu me dei conta (...) eu posso não tá oferecendo o que eles, o que eles tão vindo buscar e tal, e também as expectativas, também, que eu faço sobre eles (...)**

Renata: Abriu uma reflexão.

Luciana: É!

Renata: E a supervisão é bem isso, né?! (fala rindo)

Rosana: Eu ia falar isso agora assim, que é, na outra reunião né, eu perguntei, é, se ia ter supervisão, né, se a gente ia conseguir marcar ou não a supervisão. Mas agora ouvindo, lendo aqui, esse fechamento (se referindo ao Registro Reflexivo), é muito importante, porque você traz o que foi feito, né?

Gabriela: U-hum.

Rosana: Então essa, essa síntese (se referindo ao Registro Reflexivo), assim, faz a gente pensar. (...)

Tereza: (...) refletir sobre a prática é um privilégio. Mas não deveria ser, né, devia ser parte integrante do serviço. (...)

Renata: Exatamente! Eu acho que a reflexão é muito mais do que uma orientação, é, olha o ato falho (fala rindo e grupo ri) a supervisão é muito mais uma questão de reflexão do que de orientação, necessariamente.

Tereza: Te tira do automático, né?! (...) a pessoa tá indo pra um caminho, assim, aí alguém coloca uma plaquinha, assim, aí a pessoa pode escolher ir pra esse, pra esse, pra esse, porque ela só tava vendo esse, e a supervisão faz ver outros caminhos, mas as pessoas continuam escolhendo.

Emília: Amplia o leque, né?!

Gabriela: Bonita essa metáfora! (fala rindo)

Luciana: Boa! Gostei! (fala rindo) (...) (Transcrição editada do Encontro 4)

Neste trecho, vemos a construção da importância dos Registros Reflexivos e dos encontros de EPS, aproximando-os da noção de supervisão, ressaltada em sua potencialidade de abrir novas possibilidades de ação. As participantes fazem isso buscando conexões entre as discussões realizadas e seus contextos de trabalho.

A partir desse encontro, fiz um Registro Reflexivo cujo trecho, citado a seguir, subsidiou algumas discussões no Encontro 5.

Em nosso quarto encontro, falamos muito de nós no trabalho, de uma maneira que me fez pensar o quanto o trabalho nos constitui e nos afeta! Foram conversas bonitas, de muito engajamento, exposição e confiança mútua. Foi emocionante transcrevê-las!

Me fez pensar sobre uma função que o Gastão Campos, sanitarista, coloca para esses momentos de reunião do coletivo de trabalho. Ele fala de três funções: uma administrativa, para planejar os processos de trabalho; outra política, como forma de reconfigurar as relações de poder na instituição, construindo a horizontalidade na equipe, e uma terceira que seria pedagógica e terapêutica. **Acho que nosso último encontro esteve muito voltado a essa última função, que consiste na capacidade que esses encontros têm de influir na constituição de Sujeitos – pensantes, transformadores, conscientes, felizes! A meu ver, foram momentos de construção de um espaço de cuidado entre parceiras de trabalho, com a valorização entre as profissionais.** (...) (Trecho do Registro Reflexivo sobre o Encontro 4).

Nesse trecho busquei valorizar as potencialidades do encontro anterior, trazendo, para isso, uma referência teórica. Como já foi mencionado, o uso de referências teóricas de modo conectado com as conversas sobre o cotidiano é algo preconizado pela política da EPS.

No Encontro 5, o grupo produziu uma conversa específica sobre a questão da supervisão, iniciada com a tematização do Registro Reflexivo, mas motivada por algumas tensões no relacionamento dentro da equipe. O trecho a seguir é ilustrativo desse processo.

Rosana: Eu gostei dessas três funções... fiquei pensando aqui enquanto você lia (se referindo ao Registro Reflexivo), o quanto que essas funções, uma está junta da outra.

Gabriela: É mesmo!

Rosana: Essa/

Tereza: Função de quem?

Renata: Do Gastão. (...) Acho que todo trabalho precisa desse momento. (...)

Gabriela: E aí você tá falando é, da importância de ter uma coerência na, como se fosse uma coerência de ação de toda equipe, assim? Daí que seria/

Rosana: É, da gente com a gente mesmo, porque assim, às vezes você titubeia. (Gabriela fala junto: u-hum.) **Às vezes você discute, discute, discute na equipe, mas na hora que você vai agir, você “eu discuti isso, mas na hora eu agi de uma forma contrária do que eu pensei, do que eu queria...” o quê que me levou a isso? Né?! (Gabriela fala junto: u-hum.)** Por que que eu não confiei? Ou em mim, ou por que que eu não confiei no colega de trabalho? (...)

Luciana: É... é, acho que tem espaços que ajudam nisso, né, por exemplo assim, acho que supervisão é uma coisa legal, assim, né?! (...)

Tereza: Eu to ouvindo assim “precisamos de ajuda!” (fala rindo e grupo ri). E eu falo também, concordo, a gente precisa de ajuda. E acho muito bom a gente poder falar “preciso de ajuda!”. **E assumir isso. Externa.**

Gabriela: U-hum! É... o que que a ajuda externa traz que a interna não dá conta? Na sua opinião?

Tereza: Na minha opinião? É um distanciamento. É um distanciamento emocional, talvez, que consiga ver de uma forma mais clara qual é a dinâmica do que tá acontecendo. (...)

Gabriela: É um distanciamento especialmente de ordem afetiva, então, cê acha?!

Tereza: É! Tanto de afetiva quanto de trabalhar no automático mesmo, né, de ter que ficar apagando fogo um atrás do outro, sem muito espaço pra reflexão. Eu acho que a gente ainda tem bastante espaço pra reflexão aqui.

Gabriela: U-hum.

Renata: A gente tá buscando, né, o que as famílias buscam na gente (rindo).

Rosana: Isso!

Renata: Algo externo pra poder ajudar! (fala rindo) (...) (Transcrição editada do Encontro 5).

Nesse trecho, busco dar visibilidade à construção da importância de uma supervisão externa, pelo grupo, diferenciando-a das possibilidades de ajuda mútua produzida pelo grupo. Como ilustra o trecho, as conceituações de Gastão (G. W. de S. Campos, 2015), citadas no Registro Reflexivo, são tomadas como ponto de discussão de algo considerado como uma dificuldade no trabalho da equipe.

Assim, no sentido contrário do ocorrido no encontro anterior, diante dessas tensões no relacionamento intra-equipe, a necessidade de supervisão externa, com distanciamento do cotidiano do serviço, foi ressaltada como necessária e mais potente que o próprio grupo. Essa noção, contudo, é ironizada ao ser aproximada das discussões que o grupo vinha tendo sobre uma expectativa idealizada das famílias, que buscam na equipe de saúde, externa a elas, a solução de seus problemas. Com o uso da autocrítica reflexiva, a aposta na supervisão externa como condição ideal para resolução dos problemas da equipe, é colocada em dúvida.

No Encontro 7, último encontro, em uma conversa de avaliação de todo o processo de EPS, a equipe destacou as potencialidades dos encontros e das discussões, construindo o que chamei de momento crítico “Mais poesia do que prosa”:

Luciana: Nossa, eu acho que a sua capacidade de perceber o grupo, sabe, de assim, não sei, de articular as ideias de tudo que a gente pensou junto, assim, foi tão legal! (...) me ajudou muito a me reconhecer nas conversas, sabe (...) você potencializou a riqueza, assim, sabe, do grupo. (...)

Renata: Gabi é o catalisador! (Grupo ri).

Luciana: É! Foi bem legal! (...)

Renata: Ah, eu consigo me ver em todos os casos discutidos aqui! (Gabriela ri). (...) é a primeira vez que eu tô tendo essa oportunidade, sabe? (...) E ter o espaço pra poder falar dessas angústias, acho que foi muito bom, muito bom mesmo! Nossa, vai ser uma pena terminar. (...)

Joana: (...) eu acho que a gente, através das coisas que a gente discute, mesmo depois, quando você traz, eu achei isso aqui tão importante (referindo-se ao Registro Reflexivo), porque lendo isso, talvez a gente consiga enxergar coisas que durante a própria discussão ou durante a vivência da gente no dia-a-dia, a gente não consiga. (...)

Tereza: Eu achei legal que a gente começou com a proposta de pensar o cuidado com as famílias e a gente falou tanta coisa! (Gabriela fala junto: É.). (...) a gente não precisa ficar pensando na família mais especificamente, no espaço, grupo de família por exemplo, né?! Assim, de **como que a gente consegue, como é possível olhar pra família de uma forma mais ampla e quando a gente olha pra família de uma forma mais ampla, a gente olha pro nosso trabalho de uma forma mais ampla.** (...) Se a gente conseguir ouvir e as famílias e os pacientes conseguirem determinar o que a gente faz, acho que é o caminho certo. (Gabriela fala junto: u-hum.). **Se a gente conseguir se organizar a**

partir do que eles tão pedindo pra gente e não encaixar eles naquilo que a gente acredita que seja o nosso trabalho. (Gabriela fala junto: u-hum.). Acho que todas as discussões aqui ajudaram a gente a pensar nisso, assim. (...)

Renata: (...) acho que trabalhar com saúde mental é se cuidar, também, né. Porque, envolve muitas questões, né, do outro. Aí você se perde no meio do outro e cadê você nisso tudo? (fala rindo).

Luciana: Nossa, com certeza!

Fabiana: Falamos disso hoje de manhã (na reunião da equipe do serviço que ocorria antes do encontro de EPS) “quantas pessoas aqui tem bruxismo?”. Todas nós!

Tereza: Mas é porque a gente tenta segurar a primavera com os dentes! (se referindo ao Registro Reflexivo do Encontro 6; grupo ri). (alguém fala: ela não tava aqui ainda.) A Gabi sem saber respondeu uma questão nossa de hoje de manhã! (fala rindo). (...)

Tereza: Uma pergunta: o que que faz pra gente continuar? Tendo esses espaços?

Rosana: Ela vai embora? (falando sobre Gabriela; Rosana e Gabriela riem). (...)

Tereza: Você vai usar sua pesquisa pra fazer uma proposta pra Secretaria? (se referindo à Secretaria de Saúde do município; grupo ri)

Luciana: Projeto de intervenção! (...)

Renata: Nós podemos escrever uma carta-indicação! Da nossa articuladora de grupos! (Gabi ri).

Luciana: Né?! Acho justo! (...)

Gabriela: Eu queria perguntar outra coisa pra vocês. Ah... vocês pensam em alguma coisa que a gente poderia ter feito pra aproveitar melhor o momento, os momentos, os encontros? (...)

Luciana: Nossa, acho que não! Acho que o que apareceu é o que tinha que aparecer. (...)

Fabiana: Isso aqui é o mais importante (falando dos Registros Reflexivos). Porque, na verdade, você não traz um tema, mas essa sua visão, né, de como que foi, dispara a conversa daquele dia, já, entendeu?! Baseado no processo que a gente vinha, né?! (Gabriela fala junto: u-hum). Isso aqui é muito legal, guardei todos! (...)

Luciana: E acho que até o que a Tereza falou assim, o quanto que a questão da família ela foi sendo conversada por diversas óticas, por diversos lugares assim, sabe? (...) ele é mais genuíno, assim, né, ele é mais, ele é... não é concreto, mas ele é mais, ele é mais verdadeiro, né, porque aí você consegue pensar de fato, né?! Assim... não sei, eu gostei muito, não faria de outro jeito. (...)

Tereza: (...) Uma outra coisa que aconteceu também, que também não é fácil de acontecer mesmo, a gente, em reuniões de grupos em vários espaços, né, é do que aparece nesse papel (referindo-se aos Registros Reflexivos), né, de aparecer aqui o movimento do grupo, né, e não “o que fulano falou, o que fulano falou, o que fulano falou”, né?! (algumas pessoas concordam falando “u-hum!”) Porque isso não é fácil também!

Rosana: Fazer essa síntese, né!

Luciana: É verdade! Né, nossa, é verdade! Como uma construção de grupo, né?! (...) Cair naquela questão da teoria sobre família, no que é bom pensar sobre família, no que é bom pensar sobre família, eu acho que seria fácil a gente cair nisso!

Tereza: No que é certo, no que é errado...

Luciana: No que é certo, no que é errado, é! Nossa, eu acho que ia ser tão fácil se a gente fosse pro formato de grupo de estudos e aí a gente ia perder completamente (...)

Renata: Ia ficar chato!

Luciana: Ia ficar chato! (fala rindo e grupo ri) Resumidamente!

Renata: Porque falar sobre como deveria ser, a gente pega um livro e lê, né?!

Luciana: É!

Renata: É gostoso é isso, é saber o que você acerta, o que você erra, o que você não dá conta, o que é difícil mesmo, o que acontece, mas é lindo ao mesmo tempo, é empolgante, é motivante, é tudo!

Luciana: É!

Renata: E você não vai conseguir sentir tudo isso, vivenciar tudo isso, é a teoria do que você deveria fazer. Não que aquilo não te sirva, não seja relevante. **Mas é que nesse espaço foi diferente, foi a vivência mesmo, né?!**

Luciana: É!

Tereza: **Trabalhar mais poesia do que prosa, né?! (fala rindo e grupo ri). (...)**

Beatriz: Sabe o que eu tava pensando? (fala rindo) Que a Renata falou que vivência é tudo, né?! **Aí eu tava pensando no Marcos (...). Então como eu posso ajudar ele se eu acho uma desgraça mesmo ele não ter o que ele não teve, estar no lugar dele? (...)**

Renata: Gente, mas é por isso que é importante essas discussões em grupo, né, porque é muito forte isso pra dar conta sozinho. (Rosana fala junto: difícil!). Que bom que vocês trabalham em equipe (Rosana e Renata falam algo, ao mesmo tempo). (...)

Tereza: Tem horas que quando eu penso isso, assim, eu também penso, que com a mãe que eu tenho eu já tenho um monte de problema, imagina se eu tivesse a mãe do Marcos. Imagina se eu tivesse a mãe do Fernando? (...) **Aí eu penso se eles tão vivos até hoje, eu não estaria. É porque eles são melhores do que eu. E é isso que eu tenho que resgatar neles.** (Maria fala junto: hum...). Eles são melhores do que eu, eu tenho certeza disso. Eu no lugar deles já teria matado cinco e eu não falo isso brincando. (Transcrição editada do Encontro 7).

Nessa interação, vemos que a noção de supervisão não mais é trazida para construir a importância dos encontros. Contudo, a importância e potencialidade dos mesmos para produzir reflexões e possibilidades de ação diante dos desafios cotidianos é bastante enfatizada. As reuniões realizadas foram consideradas catalisadoras de processos de reflexão e mudança, sendo algo desejado pelas participantes de maneira efetivamente permanente, como prevê a política nacional de EPS.

Para isso, a importância dos Registros Reflexivos e do formato “aberto” das discussões também foi ressaltada.

Como já expliquei no tópico 6.3, ao final de cada encontro eu perguntava às participantes sobre o formato desejado para o encontro seguinte, visando termos a possibilidade de planejamento prévio de alguma atividade, caso necessário. Neste processo, as participantes optaram, em todos os encontros, por não ter nenhuma atividade programada, deixando a conversa fluir a partir das interações de cada momento, mantendo as discussões “abertas”, ou, com “mais poesia do que prosa”.

Apesar desse acordo conjunto, em alguns momentos, durante o processo, eu me perguntei se não deveria ser mais incisiva na proposição de alguma leitura, estudo ou discussão temática ao grupo. Mas, buscando manter a coerência com a proposta da EPS, de conexão com o cotidiano e autonomia das participantes, bem como no intuito de ser responsiva ao grupo, não fiz nenhuma proposta ao longo dos encontros. Todavia, com isso, minha dúvida com relação à utilidade das nossas discussões perpassou todo o processo. Assim, a construção da importância do mesmo da forma em que ocorreu, pelas participantes, no último encontro, se configurou em algo bastante marcante e transformador para mim, como facilitadora e pesquisadora, na medida em que isso me

diz da potência da responsividade e construção conjunta, partindo do caminho delimitado pelas profissionais. Tal como Tereza diz sobre a prática com famílias, esse momento crítico me permitiu entender que se uma proposta de EPS for responsiva ao que as/os profissionais querem e solicitam, ao invés de baseada no que os/as facilitadores/as pensam que deve ser feito, estaremos no caminho certo.

Adiante, dando continuidade às conversas deste encontro e mantendo o caráter aberto do processo, como vínhamos fazendo, Beatriz compartilha uma angústia com relação a uma pessoa atendida, retomando as reflexões sobre a utilidade e importância da própria prática. Diante disso, Tereza, partindo da mesma avaliação de Beatriz com relação às grandes dificuldades vividas pelos pacientes, a convida a olhar para isso não como sinal de impotência, mas justamente como a potencialidade dos pacientes, por suportarem enormes adversidades.

Nesse sentido, mais uma vez, um acontecimento *in loco* deu concretude ao que vinha sendo dito pelas participantes no momento e que também contribuiu para que este fosse delimitado como um momento crítico. Isto é, a potência da EPS, que vinha sendo descrita pelas participantes desde o início do encontro, se mostra contínua, pois, mesmo no último encontro, após a avaliação e caminhando para o fim do processo, as discussões generativas foram continuadas.

A análise do processo “Primavera entre os dentes”, tal como a do processo “Caixa de Marimbondo”, ressalta a centralidade da responsividade na construção de práticas de EPS. Todavia, de maneira distinta daquele, este processo se baseou numa rápida construção de um universo discursivo compartilhado entre facilitadora e participantes, o que também se explica pela lógica relacional.

No movimento de coordenação de sentidos entre participantes e entre participantes e facilitadora, os recursos para exercício da responsividade utilizados por mim, desde o início geraram efeitos dialógicos, promovendo o diálogo e expandindo as possibilidades de sentidos. Além disso, como busquei mostrar nas edições das transcrições, as próprias participantes também utilizavam, de modo espontâneo, diversos recursos dialógicos, especialmente a autocrítica reflexiva e o uso de exemplos baseados no cotidiano do trabalho.

Assim, ao longo desse processo, várias possibilidades de transformações de sentidos aconteceram, como vimos nos quatro momentos críticos delimitados. Dentre elas, a transformação dos sentidos sobre a prática com famílias e sobre a prática interdisciplinar, ambas centrais para a atenção psicossocial. Essa abertura para novas possibilidades, considerado o caráter generativo dos diálogos, nos diz da qualidade do processo conversacional.

É importante ressaltar que várias participantes envolvidas no processo “Primavera entre os dentes” já tinham uma experiência duradoura de encontros grupais em seus serviços. Desta forma, as participantes tinham como hábito a discussão do trabalho em equipe e a construção de espaços de reflexão sobre a prática, daí a utilização de recursos dialógicos como forma de conversar, na equipe.

Por isso, também, a nomeação, pelas participantes, da minha presença como elemento catalisador, isto é, como um recurso que não propõe algo novo, mas potencializa algo já existente. Essa ideia nos convida a considerar a importância do/a facilitador/a de EPS como um/a especialista em processos conversacionais, mais do que um especialista neste ou naquele conteúdo. E nessa função, os Registros Reflexivos se mostraram muito úteis, servindo como disparadores de conversas nos encontros, mas também como forma de construir a importância e dar visibilidade ao que fora conversado em cada encontro. Com isso, devido ao seu caráter documental, os Registros foram apontados, ainda, como um potencial futuro para reflexões, em acordo com as potencialidades das Cartas Terapêuticas (Chen et al., 1998; Paiva & Rasera, 2012), como já mencionado.

A ideia de facilitador/a como catalisador nos convida, ainda, a valorizar a orientação prevista na política de EPS de se partir do cotidiano de práticas das/os profissionais. Como vimos, o formato aberto das discussões, que foram guiadas pela interação espontânea entre as participantes, manteve o envolvimento do grupo e criou as possibilidades para a transformação de sentidos importantes para a prática. Desta forma, esse processo enfatiza a potência do grupo para a construção de conhecimento sobre a prática e produção das mudanças desejadas e até daquelas nem sequer imaginadas antes da conversa grupal. Isto é, a partir da interação no grupo, o conhecimento e as mudanças puderam existir.

7.3 CONTINUANDO A CONVERSA: REPERCUSSÕES DA ANÁLISE

Após a finalização da análise, organizei mais um encontro com as participantes da pesquisa, para apresentar a elas o que havia construído como contribuição científica para o campo, a partir dos processos de EPS realizados com elas.

Nessa conversa, como mencionado no tópico 6.2, enfatizei a forma de análise dos processos de EPS e a questão do sigilo. A partir disso, as participantes puderam contar sobre as repercussões dos encontros em seu cotidiano, bem como sobre as repercussões da análise realizada e recém apresentada.

Uma das repercussões no cotidiano relatadas, foi a suspensão do grupo de famílias, em um dos serviços, a partir da constatação, durante o processo de EPS realizado, de que o cuidado às famílias se dava de modo muito mais efetivo em diversos outros espaços e momentos, que não no chamado “grupo de famílias”. A partir da reflexão sobre a importância fundamental de se propor o cuidado de forma coerente com as necessidades dos/as usuários/as e familiares, o grupo de família, que se encontrava esvaziado, foi colocado em suspensão, sendo enfatizados outros espaços e momentos de cuidado.

A partir da apresentação dos resultados, as participantes conversaram, também, sobre a potencialidade de outros espaços de cuidado, muitas vezes não planejados e delimitados, como o momento de entrega da medicação, que tendemos a considerar como um momento estritamente biomédico. De modo semelhante, conversaram, ainda, sobre as possibilidades de (re)organização dos espaços de reuniões, de modo a potencializar conversas dialógicas, ressaltando a importância fundamental do processo de facilitação nesse sentido.

Além disso, as participantes ressaltaram o caráter diferenciado da proposta de EPS realizada, que se configurou como algo nunca antes vivenciado por elas nos serviços nos quais trabalhavam. Com relação a este aspecto, elas enfatizaram, mais uma vez, a importância de conexão dos processos educacionais com o cotidiano vivido, o que diferenciou a proposta desenvolvida para este estudo de outras, experienciadas por elas, no formato de capacitações, com material e temáticas previamente delimitados.

A conversa com as participantes sobre os resultados foi uma forma de colocar em movimento novas possibilidades de sentidos sobre as experiências desenvolvidas, bem como de reforçar alguns sentidos já construídos em alguns dos momentos críticos delimitados, especialmente a aposta na construção da corresponsabilidade efetiva com as famílias, no potencial transformador dos afetos no cuidado em saúde mental e na EPS como possibilidade de transformação das práticas. Nesse sentido, destaco dois planos de mudança proporcionados pela pesquisa: o primeiro relacionado à intervenção feita, considerando os efeitos dos processos de EPS desenvolvidos; o segundo relacionado às repercussões geradas a partir da publicização ou publicação dos resultados da investigação. Uma vez publicadas, as investigações científicas abrem outro nível de possibilidade de mudanças para os/as leitores/as e espectadores/as, uma vez que se tornam mais uma alternativa discursiva disponível no mundo (Gergen, 2015b; Moscheta et al., 2015).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decididamente a favor do advérbio de modo.
(Veloso, 1975)

A análise desenvolvida enfatiza o processo conversacional como caminho para realização de processos de EPS. O processo conversacional, como vimos, foi estudado a partir dos momentos críticos na interação. Esses momentos críticos, construídos a partir do diálogo entre as participantes do grupo, nos dizem da importância da construção de espaços conversacionais dialógicos, com facilitação baseada na responsividade. Dessa forma, “como fazer” processos de EPS se torna a questão fundamental, em detrimento dos conteúdos a serem abordados nesses processos. Ou, para fazer a ligação com a epígrafe deste capítulo, o modo se torna a principal preocupação, ao pensarmos na construção de processos de EPS.

Nesse sentido, proponho como contribuição deste trabalho, a tese de que o processo de facilitação é de importância fundamental para a construção de processos de EPS. Essa facilitação, entendida como construção de contextos conversacionais baseada na dialogia e na responsividade, promove a autonomia, a construção conjunta e a transformação de sentidos, pontos centrais da política da EPS. Desta forma, o/a facilitador/a pode ser o catalisador das potencialidades, construídas em conjunto com os/as participantes.

Como vimos, apesar do convite às participantes ter sido no sentido de pensar o cuidado às famílias, as conversas trataram de muitos outros assuntos. Na tarefa de pensar sobre o cuidado às famílias, diversas outras questões e práticas do cotidiano do trabalho foram discutidas. Isso é coerente com a ideia de atenção psicossocial que, como vimos, prevê uma transversalidade de ações, com foco no cuidado integral (Yasui, 2010). É coerente também com a proposta da EPS, que coloca o cotidiano, com toda a sua complexidade, como a origem dos processos de aprendizagem no trabalho (G. W. de S. Campos et al., 2013; Ceccim, 2005; Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Os diálogos construídos nos chamam atenção para os diferentes aspectos que perpassam o cuidado ou a possibilidade de cuidado às famílias, no cotidiano do serviço, como as tensões na efetivação da reforma psiquiátrica e na construção da RAPS; os posicionamentos que são construídos para as famílias; as expectativas das famílias e dos/as profissionais; a história de constituição de cada um dos serviços; o modo de se organizar e realizar reuniões de equipe etc. Falar de tudo isso de maneira inter-

relacionada é uma forma de produzir o cuidado às famílias, como um dos pilares importantes para serviços de base comunitária.

Dessa forma, retomando as quatro dimensões de análise da Reforma Psiquiátrica, propostas por Amarante (2003), e compreendendo-as como intrinsecamente conectadas, como propõe o autor, podemos entender que estes processos de EPS voltados ao cuidado às famílias não se conectam, apenas, à dimensão técnico-assistencial, mas às dimensões jurídico-política, teórico-conceitual e sociocultural, na medida em que determinações e limitações legais, políticas, teóricas e culturais foram discutidas como parte do processo de reflexão e transformação de sentidos sobre o cuidado às famílias.

Em resumo, vimos que a EPS pode contribuir para o fortalecimento do cuidado às famílias nos serviços de saúde mental. Para isso, é imprescindível a compreensão de que as temáticas específicas se articulam ao contexto social, histórico e cultural mais amplo, bem como às particularidades de organização de cada serviço e equipe. Nesse sentido, é fundamental que facilitadores/as de EPS estejam sensíveis ao entendimento de como conversas que aparentemente poderiam ser tomadas como desvios do assunto, estão intimamente relacionadas a ele. E ao entendimento de como, ao conversar sobre estas questões, se favorece a construção do cuidado às famílias e da potência da equipe para exercê-lo.

É interessante destacar que a proposta desenvolvida foi ressaltada pelas participantes como algo diferenciado, não vivido anteriormente por elas nos serviços públicos de saúde. Esse aspecto é digno de atenção, considerando que o município de Ribeirão Preto sedia o Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), promovendo ações nesse sentido para o município e região, como já foi dito. Para compreender melhor essa questão, seria necessária a análise das demandas de gestão e assistência que subsidiam as ações de educação permanente do núcleo, bem como o quanto a saúde mental se insere no escopo de ações do mesmo. Contudo, tal análise escapa aos limites dessa tese e me restrinjo a reconhecer a complexidade de se planejar processos de EPS de forma a atender a uma diversidade de realidades sanitárias, componentes de uma grande região geográfica.

Além disso, reconheço que a forma aqui apresentada de se conceber a formação para o cuidado em saúde coloca alguns desafios importantes para a avaliação desses processos, especialmente no contexto cultural de valorização da lógica gerencialista, baseada em metas e indicadores objetivos (Cecílio, 2012). Nessa lógica, a noção de momentos críticos, apesar de não responder à demanda por dados quantificáveis, pode ser um caminho útil para dar visibilidade e comunicar os “resultados” de processos

formativos inspirados na proposta da EPS. Ela nos ajuda a construir uma forma de avaliação que abarque as especificidades de cada contexto e a complexidade do cuidado em saúde mental, nos permitindo identificar e ressaltar pequenos movimentos de mudança e transformação de sentidos, conectando-os à forma de relacionamento que os propiciou, isto é, ao processo conversacional.

A importância do processo grupal é algo já enfatizado por outros estudiosos/as de EPS (G. W. de S. Campos, 2015; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Merhy, 2002). Nesse estudo, damos ênfase a este aspecto a partir dos aportes construcionistas sociais que nos convidam a compreender o processo grupal como processo conversacional, destacando a atenção ao momento interacional imediato e ao papel do/a facilitador/a como especialista da promoção da dialogia.

Entendendo a centralidade da linguagem na construção da realidade, isto é, entendendo que o modo de se conversar constrói as realidades nas quais vivemos, investir nos potenciais da conversa se torna investir na transformação da realidade. Trata-se da criação conjunta de novos futuros, em momentos de imaginação e reflexão sobre a realidade e de encontro de pautas comuns que revelem novas perspectivas de seguirmos juntos/as nos contextos de trabalho (Gergen et al., 2001). As ideias de dialogia e de responsividade nos convidam a levar à máxima consideração a proposta de construção conjunta, promovendo horizontalidade nas relações. Na medida em que algumas conversas sobre os processos de trabalho são tornadas possíveis, sentidos que constroem novas possibilidades de governabilidade e ação podem ser viabilizados.

Os Registros Reflexivos tiveram bastante relevância para a promoção da dialogia e responsividade, na medida em que se configuraram, no momento de sua escrita, como recurso de reflexão para preparação da facilitação. Já no momento da interação grupal, os Registros lançaram possibilidades de reflexão junto às participantes, com potencial de abrirem caminhos para transformações de sentido sobre as práticas de cuidado.

O processo de reflexão propiciado à facilitadora é a contribuição mais importante dos Registros Reflexivos, pois, na tarefa de construí-los, foi possível colocar em prática os orientadores construcionistas para o desenvolvimento da dialogia, quais sejam: estimular o uso da autocrítica reflexiva, evitar o uso das ideias abstratas, promover o uso da imaginação, exercitar a postura do não-saber, promover a responsabilidade relacional e focar-se nas potencialidades (McNamee & Gergen, 1999). Esses orientadores me auxiliaram na visualização de alternativas a serem desenvolvidas por mim na posição de facilitadora, me incentivando a colocar em perspectiva minhas ações, intervenções e interpretações.

Os Registros Reflexivos, contudo, não são propostos como uma técnica a ser adotada como padrão em processos de EPS, uma vez que nenhuma técnica pode ser considerada dialógica por si só (G. M. Silva, Guanaes-Lorenzi, & Ness, no prelo). Ao contrário, o construcionismo social, ao oferecer aportes dialógicos para facilitação de grupos, nos convida à construção cuidadosa do contexto conversacional, com permanente tolerância e abertura para a imprevisibilidade que caracteriza o diálogo e a interação em grupo, aspectos que apresentam uma importante contribuição para o planejamento e realização de práticas que se voltam à EPS.

O estudo realizado, com período delimitado e baseado em momentos de conversa sobre as práticas, não nos permite afirmar sobre a extensão e durabilidade das transformações identificadas, até mesmo porque entendemos que as realidades e práticas estão em constante transformação, nos inúmeros intercâmbios que se dão entre as pessoas. Apesar disso, pesquisadoras/es construcionistas, engajados na construção de relações dialógicas, esperam que os/as participantes levem as diferentes vozes, sentidos e discursos que emergem no processo de pesquisa para variadas situações fora do *setting* de pesquisa (Moscheta, Souza, & Corradi-Webster, 2015).

Em outras palavras, acreditamos que as/os participantes, ao ampliarem seus repertórios de si do mundo, têm aumentadas as chances de responderem de maneiras diferentes em situações nas quais queiram uma mudança. Assim, não é possível garantir que os significados que foram de ajuda na promoção de recursos e potenciais dialógicos no contexto dos processos de EPS realizados serão exportados para outros contextos – o que nenhuma perspectiva de educação ou de processo grupal garante, inclusive. Mesmo assim, os espaços conversacionais construídos coletivamente são ressaltados em seu potencial criador e transformador das possibilidades de vida, entendendo que, se uma mudança pode acontecer, ela começa na interação entre as pessoas, pela linguagem.

Nesse sentido, espero que este estudo possa inspirar facilitadores/as e profissionais no investimento em conversas e discussões dialógicas, ampliando o potencial de transformação das práticas.

REFERÊNCIAS¹²

- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante, *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (p. 45–66). Rio de Janeiro: Editora Nau.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basis Books.
- Anderson, H. (2005). Myths About “Not-Knowing”. *Family Process*, 44(4), 497–504. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00074.x>
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1992). The client is the expert. In S. McNamee & K. J. Gergen (Orgs.), *Therapy as social construction* (p. 25–39). Thousand Oaks: Sage.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2006). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Recuperado de http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf.
- Baker, P. (1995). *The Voice Inside: A Practical Guide to Coping with Hearing Voices*. Manchester: Hearing Voices Network.
- Bakhtin, M. (2010). *Marxismo e filosofia da linguagem* (14º ed). São Paulo: Hucitec.
- Barret, F. J. (2004). Critical moments as “change” in negotiation. *Negotiation Journal*, 20(2), 213–219.
- Barros, R. B. (2013). Rachando o grupo. In R. B. Barros, *Grupo: A afirmação de um simulacro* (3º ed, p. 237–312). Porto Alegre: Sulina/Editora de UFRGS.
- Bock, A. M. B. (1999). *Aventuras do Barão de Munchhausen na Psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. D. L. T. (1999). Psicologia institucional e processo grupal. In A. M. B. Bock, O. Furtado, & M. D. L. T. Teixeira, *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia* (13º ed, p. 214–228). São Paulo: Editora Saraiva.
- Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 588–594.
- Brasil. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html
- Brasil. (2004). Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Recuperado de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Brasil. (2005a). *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde.

¹² De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

- Brasil. (2005b). *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: OPAS.
- Brasil. (2006). *Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007a). *Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_comunicacao_informacao_saude_exercicio.pdf
- Brasil. (2007b). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- Brasil. (2009a). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009b). *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/portal/resource/pt/sus-18714>
- Brasil. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brum, E. (2014). Escutem o louco. Recuperado de http://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/03/opinion/1393852189_834821.html
- Caldas, C. O. (2015). *A teoria da derivação do Estado e do direito* (1º ed). São Paulo: Outras Expressões.
- Camargo-Borges, C. (2015). Collaborative group practices: Exercising dialogue in a healthcare setting. In E. Rasera (Org.), *Social constructionist perspectives on group work* (p. 21–29). Chagrin Falls: Taos Institute Publications.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2008). Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*, 7(1), 45–52.
- Campos, G. W. de S. (2006). Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos de RH saúde*, 3(1). Recuperado de <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2230>
- Campos, G. W. de S. (2015). *Um método para análise e cogestão de coletivos* (5º ed). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). A formação em saúde e o apoio paideia: referenciais teórico e metodológicos. In *Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde* (p. 123–200). São Paulo: Hucitec.
- Campos, M. R. de M., & Matta, G. C. (2007). A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In M. V. G. C. Morosini & A. D. Corbo (Orgs.), *Modelos de atenção e a Saúde da Família* (p. 107–150). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde debate*, 25(58), 98–111.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras de Enferm*, 63(1), 51–57. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 9(16), 161–177.
- Ceccim, R. B. (2010). A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. *Cad Saúde Ment*, 3, 67–90.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008a). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 6(3), 443–456.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008b). Educação Permanente em Saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (p. 162–168). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41–65.
- Cecílio, L. (2012). Luiz Cecílio fala sobre a Educação Permanente [vídeo on line]. Recuperado 14 de novembro de 2016, de <https://www.youtube.com/watch?v=OoFrZpLJdzA>
- Chauí, M. (2003). A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, (24), 5–15. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>
- Chen, M., Noosbond, J. P., & Bruce, M. A. (1998). Therapeutic document in group counseling: an active change agent. *Journal of Counseling & Development*, 76, 406–411.
- Colvero, L. de A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 38(2), 197–205.
- Conceição, M. R., Vicentin, M. C. G., Leal, B. M. M. L., Amaral, M. M. do, Fischer, A. B., Kahhale, E. M. P., ... Saes, D. (2015). Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 845–855. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0894>
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Pub. L. No. 466, § 1, 12 Diário Oficial da União 59 (2013).
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Davini, M. C. (2009). Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In Brasil (Org.), *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Del Bem, C. M., Lison, M. P., & Marturano, E. M. (2002). Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica. *Medicina (Online)*, 35(3), 313. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i3p313-320>
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4615–4622.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1209–1226. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>
- Dimitri BR. (2009). *O tamanho do caminho*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=NExz__PgLgE
- Espíndola, A., & Ruiz, A. (2005). *Fundamental* [CD]. Duncan Discos.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno, *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (p. 135–60). São Paulo: Hucitec.
- Freire, P. (2015). *Pedagogia do oprimido* (59º ed). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gama, J. R. de A. (2012). A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1397–1417. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400008>
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2015a). *An invitatin to social construction* (3º ed). Londres: Sage.
- Gergen, K. J. (2015b). From mirroring to world-making: Research as future forming. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(3), 287–310. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12075>
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Editora do Instituto NOOS.
- Gergen, K. J., McNamee, S., & Barrett, F. (2001). Toward transformative dialogue. *International Journal of Public Administration*, 24, 697–707.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a resonstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Green, G. M., & Wheeler, M. (2004). Awareness and Action in Critical Moments. *Negotiation Journal*, 20(2), 349–364. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.2004.00028.x>

- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. de. (2011). Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 1005–1017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400017>
- Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Construcionismo Social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. e Souza (Orgs.), *Construcionismo Social: Discurso, prática e produção do conhecimento* (p. 89–104). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2015). From working with groups to working as a group: reflections of group practice in the family health strategy. In E. Rasera (Org.), *Social constructionist perspectives on group work* (p. 41–50). Chagrin Falls, Ohio: Toas Institute Publication.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Recursos para facilitação de grupos em um enfoque construcionista social. In M. Grandesso (Org.), *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e prática* (p. 397–416). Curitiba: CRV.
- Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., & Real, E. M. (2012). A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova perspectiva sistêmica*, 43, 54–72.
- Guimarães, J. (2001, dezembro 19). *Sobre a criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história* (text). Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.22.2001.tde-29012003-104552>
- Haddad, J., Roschke, M. A. C., & Davini, M. C. (1994). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Japur, M. (2004). Alteridade e grupo. In L. M. Martinez & A. M. Simão (Orgs.). In *O outro no desenvolvimento humano* (p. 145–170). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Jesus, M. J. B. S. (2012). *Sentidos sobre ética em conversas profissionais: perspectivas discursivas* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Lancetti, A. (2014). *Clínica peripatética* (9º ed). São Paulo: Hucitec.
- Leary, K. (2004a). Critical moments as relational moments: The centre for humanitarian dialogue and the conflict in Aceh, Indonesia. *Negotiation Journal*, 20(2), 311–338.
- Leary, K. (2004b). Critical moments in negotiation. *Negotiation Journal*, 20(2), 143–145.
- Leminski, P. (2013). Bem no fundo. In *Toda poesia* (p. 195). São Paulo: Companhia das letras.

- Lima, R. (2016). *Metamorfoses de nuvens*. Maranguape: Vila de Poetas Mundo.
- Machado, K. (2005). Como anda a Reforma Psiquiátrica? *Radis: comunicação em saúde*, (38), 11–19.
- Martins, P. P. S. (2013). *A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <https://doi.org/10.11606/D.59.2013.tde-17072013-103034>
- Martins, P. P. S. (2017). *Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Martins, P. P. S., McNamee, S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Family as a discursive achievement: A relational account. *Marriage & Family Review*, 50(7), 621–637.
- Martins, P. P. S., Santos, M. V. dos, & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: histórias sobre diálogo e inclusão. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. e Souza (Orgs.), *Construcionismo Social: Discurso, prática e produção do conhecimento* (p. 153–170). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Mateus, M. D., & Mari, J. J. (2013). O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In M. D. Mateus (Org.). In *Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (p. 20–55). São Paulo: Instituto de Saúde.
- McNamee, S. (1996). Out of the Head and into the Discourse: Therapeutic Practice as Relational Engagement. *Dialog og Refleksjon*, (35), 118–130.
- McNamee, S. (2010). Research as Social Construction: Transformative Inquiry. *Saúde & Transformação Social*, 1(1), 09-19.
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. e Souza, *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (p. 105–131). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational Responsibility: Resources for Sustainable Dialogue*. London: Sage.
- McNamee, S., & Shotter, J. (2004). Dialogue, creativity, and change. In R. Anderson, L. Baxter, & K. Cissna, *Dialogic approaches to communications* (p. 91–104). Thousand Oaks: Sage.
- Mello, R. (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Rev. Enferm. UERJ*, 13(3), 390–395.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental*. São Paulo: Escrituras Editora.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Menezes, L. C., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Sentidos de família construídos com profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 16(3), 401–421. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2013>

- Menkel-Meadow, C. (2004). Critical moments in negotiation: Implications for research, pedagogy, and practice. *Negotiation Journal*, 20(2), 341–347.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Miccas, F. L., & Batista, S. H. S. da S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 170–185. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>
- Mielke, F. B., Kohlrausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4). <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>
- Moreno, V. (2010). Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. *Rev. bras. enferm.*, 63(4), 603–607.
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde da população LGBT* (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moscheta, M. S., Souza, L. V., & Corradi-Webster, C. M. (2015). Social constructionist resources for investigating and work with groups in healthcare. In E. Rasera (Org.), *Social constructionist perspectives on group work* (p. 177–185). Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). “Walking alongside:” collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
- Niman, M. I. (2011). *People of the Rainbow: A Nomadic Utopia* (2 edition). Knoxville: Univ Tennessee Press.
- Oliveira, F. M. (2012). *O manejo da personalidade em conversas profissionais: uma perspectiva discursiva para a ética em grupo* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Olson, M. (2015). An Auto-Ethnographic Study of “Open Dialogue”: The Illumination of Snow. *Family Process*, 54(4), 716–729. <https://doi.org/10.1111/famp.12160>
- Organização das Nações Unidas. (1945). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>
- Paiva, L. P. C. de, & Rasera, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 193–207.
- Peduzzi, M., Guerra, D. A. D., Braga, C. P., Lucena, F. S., & Silva, J. A. M. da. (2009). 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 - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 121–134. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas* (2º ed). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pinho, L. B. de, Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do

- distanciamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 103–113. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100009>
- Pinto, H. A., Ferla, A. A., Ceccim, R. B., Florêncio, A. R., Matos, I. B., Barbosa, M. G., ... Zortea, A. P. (2014). Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulgação em saúde para debate*, (51), 145–160.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579–4589.
- Prado, A. (1986). Ensino. In A. Prado, *Bagagem* (4ª ed, p. 124). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Randemark, N. F. R., Jorge, M. S. B., & Queiroz, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & contexto enferm*, 13(4), 543–550.
- Rasera, E., & Guanaes, C. (2010). Momentos marcantes na construção da mudança em terapia familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 315–322. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200013>
- Rasera, E., Guanaes, C., & Japur, M. (2004). Psicologia, ciência e construcionismo: dando sentido ao self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 157–165. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000200004>
- Rasera, E., Guanaes-Lorenzi, C., & Corradi-Webster, C. (2016). Pesquisa como prática social: o pesquisador e os “outros” na produção do conhecimento. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 16(2), 325–347. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1839>
- Rasera, E., & Japur, M. (2004). *Grupo como construção social: aproximação entre o construcionismo social e a terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Rasera, E., & Japur, M. (2006). Sobre a preparação e a composição em terapia de grupo: descrições construcionistas sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(1), 131–141.
- Rolnik, S. (1993). Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de subjetividade*, 1(2), 241–251.
- Romme, M., & Escher, A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–216.
- Rosa, G. (1967). Desenredo. In *Tutameia - terceiras estórias* (p. 38–40). Rio de Janeiro: José Olympio.
- Sales, C. A., Schuhli, P. A. P., Santos, E. M., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. (2010). Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 456–463. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.6457>
- Santos, B. de S. (2013). O social e o político na transição pós-moderna. In *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade* (14ª ed, p. 97–144). São Paulo: Cortez.
- Secos & Molhados. (1973). *Primavera nos dentes* [LP]. São Paulo: Estúdio Prova.

- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Shotter, J. (2000). *Conversational realities: Constructing life through language* (2^o ed). London: Sage.
- Shotter, J. (2011). Gergen, Confluence, and his Turbulent, Relational Ontology: The Constitution of Our Forms of Life within Ceaseless, Unrepeatable, Intermingling Movements. *Psychological Studies*, 57(2), 134–141. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0127-5>
- Silva, S. F. da. (2009). Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde debate*, 33(81), 38–46.
- Silva, G. M., Guanaes-Lorenzi, C., & Ness, O. (no prelo). Manejando imprevistos na facilitação grupal: um estudo de caso com o exercício “como se”. *Revista da SPAGESP*.
- Souza, R. C. de, & Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 173–179. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200007>
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e saúde: Prática, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Spink, M. J. P., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. In M. J. P. Spink, *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (virtual, p. 71–99). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 18–42. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>
- Stewart, J., & Zediker, K. E. (2002). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65(2/3), 224–242.
- Stroschein, K. A., & Zocche, D. A. A. (2011). Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3), 505–519.
- Tavares, C. M. de M. (2006). A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 287–295.
- Titãs. (1986). *Família* [CD - Remasterizado]. Rio de Janeiro: Estúdio Nas Nuvens.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17–37. <https://doi.org/10.1080/15487760500339410>
- Trupe Chá de Boldo. (2010). *À Lina* [CD]. São Paulo: NaCena.

- Vasconcelos, E. M. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Veloso, C. (1975). Manifesto do movimento qualquer coisa. In C. Veloso, *Release do disco Qualquer Coisa*. Rio de Janeiro: Polygram.
- Venturini, E. (2016). *Linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Vianna, P. C. de M., Xavier, H. C., Teixeira, L. L., Vilaça, L. V., & Silva, T. C. (2009). Grupo de familiares: espaço de cuidado para as famílias deportadores de sofrimento mental. *REME - Rev Min Enferm*, 13(4), 607–613. <https://doi.org/S1415-27622009000400019>
- Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2008). Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(0), 107–112. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v5i0.5174>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Willig, C. (2005). *Introducing qualitative research in Psychology*. London: Open University Press.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS
DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental**”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pela psicóloga e estudante de Doutorado Gabriela Martins Silva, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Considerando a necessidade de formação e preparação do profissional para a realização do cuidado às famílias dos usuários de saúde mental, esta pesquisa tem como objetivo realizar e estudar um processo de formação voltado ao desenvolvimento do cuidado às famílias dos usuários de saúde mental. Além disso, considerando que a literatura científica aponta a lógica da “Educação Permanente em Saúde” como um modo de se fazer essa formação, propiciando a formação crítica e autodirigida do profissional de saúde, esta pesquisa também tem como objetivo estudar o processo de desenvolvimento desta formação que será realizada a partir da lógica da “Educação Permanente em Saúde”. Assim, especificamente, buscaremos entender quais maneiras de conversar contribuem para o desenvolvimento tanto do processo de “Educação Permanente em Saúde”, quanto da formação profissional para o cuidado às famílias de usuários de serviços de saúde mental. As pesquisadoras estão interessadas em estudar os processos conversacionais (palavras e expressões utilizadas, entonação, formas de abordar e/ou se dirigir ao outro, maneiras de convidar o outro a falar etc.) que possibilitam a realização de um processo de educação permanente em saúde, conforme preconizado pela literatura, e a construção de conhecimentos e sentidos que auxiliem no atendimento às famílias no cotidiano dos serviços de saúde mental. Os conhecimentos produzidos poderão ser úteis para a prática profissional dos participantes e também para o planejamento e proposição de práticas de Educação Permanente em Saúde.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de encontros em grupo, para conversas de reflexão e formação sobre o cuidado às famílias no âmbito da saúde mental. Serão realizados no mínimo 5 e no máximo 10 encontros, com duração de 2 horas e com intervalo de 15 dias entre eles, em seu local e horário de trabalho. O número exato de encontros será definido no decorrer dos mesmos, a partir dos objetivos da pesquisa e mediante a concordância de todos os participantes. Esses encontros contarão com a participação de outros profissionais de saúde mental, na qualidade de participantes da pesquisa, e serão coordenados pela pesquisadora, Gabriela Martins Silva, contando com o auxílio de uma assistente de pesquisa, que terá a função de observadora e ouvinte, fazendo notas de campo, que ajudarão no processo de transcrição das gravações, posteriormente. As conversas serão gravadas em aparelho mp3, para possibilitar a transcrição exata das falas de cada participante.

As informações reunidas serão utilizadas para os fins relacionados a presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Além disso, você será convidado a assinar um termo de consentimento para composição de banco de dados, a ser utilizado em pesquisas futuras. Caso não aceite que os dados sejam armazenados para composição do banco de dados, as gravações e transcrições serão guardadas pela pesquisadora pelo prazo de 3 anos, até a finalização da presente pesquisa, quando serão destruídas. Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Você não terá nenhum custo e não estará exposto a nenhum risco previsível à sua saúde. Por se tratar de um processo formativo, será disponibilizado um certificado, com a sua carga horária de

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4811. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

participação. Você poderá desistir de participar e retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário. Ao final deste documento encontra-se o contato do Comitê de Ética em Pesquisa, junto ao qual você poderá buscar informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa. Caso você aceite participar deste estudo, uma via deste documento ficará com você e outra arquivada com o pesquisador.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental”**.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante: _____

RG ou CPF: _____

Endereço para contato: _____

Telefone para contato: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Endereço para contato: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.
Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4446.

Assinatura: _____

Pesquisadora: Gabriela Martins Silva

Endereço para contato: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.
Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 99606-4845.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4811. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPOSIÇÃO DE BANCO DE DADOS

1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS
DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Composição de Banco de Dados

Você foi convidado a participar da pesquisa “**A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental**”, sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e da psicóloga e estudante de Doutorado Gabriela Martins Silva, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

A partir do seu consentimento em participar desta pesquisa, gostaríamos de consultá-lo quanto à possibilidade de armazenar os dados obtidos com a sua participação. Caso você autorize, as informações reunidas a partir dos encontros formativos realizados (gravação e transcrição) serão arquivadas em um banco de dados, por tempo indeterminado. As informações serão arquivadas em meio digital (CD-ROM), de forma que ficarão disponíveis para futuras pesquisas, compondo o banco de dados. Este banco está ligado ao LAPEPG - Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais Universidade de São Paulo (USP) sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e foi criado para organizar e armazenar as informações de várias pesquisas que também tem como tema a saúde mental e o cuidado às famílias. A importância do banco de dados é fornecer material para a realização de outras pesquisas, por diferentes pesquisadores e com diferentes objetivos, que poderão contribuir para o pensamento científico sobre processos formativos e de cuidado em saúde mental. As análises que poderão ser realizadas a partir destes dados, circunscrevem-se ao processo conversacional travado entre os participantes, nos encontros formativos. Seu anonimato será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados futuramente.

Este consentimento, para armazenamento dos dados, é voluntário e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Você também não terá nenhum custo e não estará exposto a nenhum risco previsível. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer momento. Ao final deste documento encontra-se o contato do Comitê de Ética em Pesquisa, junto ao qual você poderá buscar informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa, bem como o endereço das pesquisadoras responsáveis. Caso você autorize o armazenamento dos dados da pesquisa, uma via deste documento ficará com você e outra arquivada com o pesquisador.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4811. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Eu, _____ declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento de meus dados em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem necessidade de prestar qualquer informação adicional.

- () Quero ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.
() Não quero ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

Assinatura do participante: _____

RG ou CPF: _____

Telefone para contato: _____

Endereço para contato: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Endereço para contato: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.
Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4446.

Assinatura: _____

Pesquisadora: Gabriela Martins Silva

Endereço para contato: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.
Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 99606-4845.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37. Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-901. Telefone: (16) 3315-4811. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE C – REGISTROS REFLEXIVOS DO PROCESSO “CAIXA DE MARIMBONDO”

Reflexões sobre o primeiro encontro

A partir da gravação do nosso primeiro encontro, realizado no dia 31 de julho, pude perceber com mais clareza a riqueza das reflexões que tivemos.

Inicialmente, a apresentação de cada uma nos mostra os diferentes percursos que levaram cada uma de vocês à saúde mental e ao CAPS. Foram muitos relatos bastante tocantes... dentre eles, o de não treinamento prévio para o trabalho neste contexto, o que ocasionou surpresas – boas e ruins. Mas, ao mesmo tempo, vocês relataram a busca ativa por se prepararem para esta prática, motivadas pelo desejo de estar no CAPS e de fazer um bom trabalho no campo da saúde mental. Isso me fez pensar que trata-se de uma equipe muito motivada e dedicada!

Fiquei pensando também na distância entre o conceito de Educação Permanente, que prevê uma educação em serviço, que nos prepare para o cotidiano dos atendimentos, e a nossa formação efetiva, cheia de lacunas e falhas. Quanta coisa identificamos que, no cotidiano, se faz diferente do que está proposto na Reforma Psiquiátrica e na política do SUS, não é mesmo?

Falamos da estrutura, muitas vezes não adequada às necessidades dos pacientes e à proposta de trabalho substitutivo em saúde mental; da complexidade do trabalho no CAPS e na saúde mental, que não tem um protocolo, devido à particularidade de cada caso; da dificuldade de lidar com a necessidade de contenção num serviço substitutivo; das dificuldades das famílias em lidar com os seus membros adoecidos; do sofrimento dos pacientes; da importância do vínculo e do manejo verbal para o tratamento dos pacientes; e da dificuldade que é equilibrar acolhimento com limites na interação com eles.

Em determinado momento, o grupo apontou que tudo que estava sendo discutido já havia sido levantado pela equipe anos antes, no início do CAPS. Isso me fez pensar: O que podemos fazer para que, dessa vez, possamos construir mudanças efetivas?

E, diante de tantos desafios identificados, pensei ainda: Como esses desafios do cotidiano influenciam a prática com as famílias no CAPS? Será que o cuidado às famílias poderia ser uma forma de lidar com alguns dos desafios identificados pela equipe?

Espero que possamos continuar tecendo ideias e construindo reflexões que possam transformar nosso modo de agir e pensar sobre a saúde mental.

Reflexões sobre o segundo encontro

Nosso último encontro, realizado no dia 14/08, me deixou com muitos pensamentos e questões.

Inicialmente, tive vontade de agradecer a todas vocês, mais uma vez, pela participação no exercício que propus. Não consegui ter clareza se o exercício ajudou em nossa conversa, mas pude perceber que vocês valorizaram a proposta, se envolvendo nela, mesmo sem saber aonde ela iria dar. Considero isso uma demonstração de confiança e comprometimento e, por isso, fico muito grata.

No decorrer do encontro, o grupo falou de coisas muito importantes... uma delas foi que um grande desafio do cotidiano do CAPS é lidar com transtornos de personalidade, que confundem o que é doença e o que é falta de limites. Pensei que, como não há critério objetivo para diferenciar uma coisa de outra, é pela via do afeto que fazemos essa avaliação. E assim, pensei no quanto que ter clareza do sentimento que despertamos no outro e que o outro desperta em nós, pode nos ajudar a desenvolver esses limites. Será que podemos usar o afeto, o sentimento que é efeito da ação do outro em nós, para construir com ele novas possibilidades de ação e de comportamento?

Falamos ainda da necessidade de um registro detalhado do histórico de vida do paciente, de fácil acesso a todas as profissionais. Com relação a isso, fiquei me perguntando se a angústia estaria com relação à falta de um registro sistematizado ou estaria ligada à ansiedade inerente ao trabalho com saúde mental, que exige que sustentemos a insegurança e o provisório. A impressão que tenho é de que a cada dia temos mais novidades sobre cada caso e talvez, isso possa dar a sensação de que nunca sabemos o suficiente para agir. Ao mesmo tempo, penso que esta emergência não sistematizada das informações seja algo característico da complexidade da vida e saúde/doença mental. O que vocês pensam disso?

Falamos ainda da percepção da equipe de que a mãe de uma paciente, por estar já esgotada, parece querer manter distância dela. Pensei: como podemos legitimar o direito de um familiar de se afastar de um ente adoecido quando percebe que não consegue ajudar e, pelo contrário, que está adoecendo junto com ele? Durante muito tempo, o cuidado em saúde mental consistiu em retirar o doente da família, inserindo-o em manicômios. Agora, temos como princípio a participação da família. Mas, e quando a família não quer este convívio?

Por último, fiquei pensando, diante da discussão sobre a busca de causas e justificativas para os comportamentos e patologias dos pacientes, o que será que nos ajudaria mais: identificar as causas ou elaborar maneiras práticas de lidar com cada situação ou pessoa?

Espero que possamos ter mais um encontro de ricas conversas e aprendizados!

Reflexões sobre o terceiro encontro

Nosso terceiro encontro me deixou pensando muitas coisas... Acho que discutimos pontos muito sérios sobre o cotidiano do cuidado aos pacientes e seus familiares e alguns deles me deixaram mobilizada.

Falamos, mais uma vez, da necessidade fundamental da participação da família no tratamento do paciente. E isso nos levou para a discussão do que seria a “desestruturação” de algumas famílias, o que acabaria, de certa forma, produzindo a doença mental e dificultando a “adesão” ao tratamento.

Penso que essa ideia da família como responsável pelo paciente nos coloca, profissionais de saúde, em uma lógica circular da qual não tem saída: partimos da família com causa e voltamos pra família como fundamental para o cuidado, sem que nós, nem a família, sejamos potencializadas em nosso papel de cuidar.

Fico pensando que todas as famílias têm seus recursos para lidar com as dificuldades, mas talvez estejamos olhando para elas com as lentes da tal “normalidade”, de modo que alguns desses recursos pareçam ser mais um “sintoma” do que um recurso efetivamente. Será que essa noção de “normalidade” da família não precisa ser revista? Como podemos valorizar o que a família já faz?

Para isso, talvez seja importante pensarmos: Que outras noções de doença mental e de tratamento nos ajudariam a enxergar os recursos da família? Que outros sentidos de família e de rede social nos habilitariam com mais recursos para produzir o cuidado no CAPS?

Em algum momento, o grupo trouxe a ideia da realização de uma reunião com toda a família de uma paciente. Achei essa uma ideia interessante e pensei que este tipo de reunião poderia ser uma forma de incluir a paciente e sua família na tarefa cotidiana de planejamento, ação acompanhamento e avaliação do caso. Como vocês enxergam essa possibilidade?

Fico feliz em poder estar inserida neste grupo que tem me propiciado reflexões que considero tão importantes.

Reflexões sobre o quarto encontro e Registro final

Nosso quarto e penúltimo encontro foi, mais uma vez, mobilizador. Pudemos falar das dificuldades dos familiares de uma maneira mais pessoal e também das nossas angústias diante dos problemas e desafios do serviço.

Falamos também de, apesar das dificuldades grandes e que parecem cada vez mais crescentes, termos estratégias para lidar com a correria e atropelo dos dias e demandas. Dentre elas, tivemos a proposta de focar no desenvolvimento de cada ação, passo-a-passo, dando prosseguimento nas discussões feitas nas reuniões. Conversamos sobre a possibilidade de “amarrar” melhor as análises e soluções levantadas nas reuniões de equipe com as ações no serviço. Falamos ainda da importância do exercício da criatividade para lidar com as limitações impostas ao trabalho.

Fiquei pensando que este foco pode também se voltar para as potencialidades da equipe. Tal como também conversamos, trata-se de uma equipe muito comprometida e que acredita no trabalho realizado no CAPS. Assim, penso que talvez pudéssemos dar mais destaques a esses recursos da equipe no momento das discussões. Fiquei pensando: de quantos casos de sucesso deixamos de falar na reunião? Quantas ações diárias são feitas por cada um/a para diminuir a distância entre o ideal e o possível, quanto esforço e dedicação as vezes podem ter ficado de fora das nossas conversas?

Será que o espaço de reunião pode ser também um espaço de valorização mútua dos recursos e das práticas de cada um/a da equipe? Será que já pensamos o que cada uma das nossas colegas faz bem e que promove bons resultados pro dia-a-dia no CAPS?

Neste último relato, eu gostaria de deixar registrado que quando me encontro com vocês vejo toda a potência de efetivação do cuidado humanizado e da reinserção social preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Sou muito grata não só pelo tempo, mas pela confiança e dedicação pessoal que vocês dispuseram para esses encontros, como também pelo quanto aprendi com vocês sobre o trabalho em saúde mental.

Muito obrigada!

APÊNDICE D – REGISTROS REFLEXIVOS DO PROCESSO “PRIMAVERA ENTRE OS DENTES”

Reflexões sobre o primeiro encontro

A partir da audição da gravação do nosso primeiro encontro, realizado no dia 30 de julho, pude perceber que falamos de coisas muito importantes e que afetam o cotidiano do trabalho com famílias.

Inicialmente, a apresentação de cada uma já revela um desafio importante de um serviço público de saúde mental: a formação, muitas vezes, desconectada da realidade dos serviços. Entretanto, o grupo relatou a dedicação em se preparar para o contexto, bem como a gratificação pelo trabalho realizado. Isso me fez pensar que este grupo é composto por profissionais muito comprometidas e motivadas!

Sobre o cotidiano do trabalho com famílias, o grupo refletiu sobre a diversidade de formas de se cuidar das famílias, mas também, sobre uma tendência de acharmos que o cuidado às famílias só ocorre nos espaços e momentos delimitados para isso, tal como os grupos de família. A impressão que eu tive, a partir da nossa discussão, foi que o cuidado aos usuários nos CAPS é indissociável do cuidado às famílias. Isso me lembrou de uma autora, a Rosana Onocko Campos, que diz que os familiares deviam ser incluídos como usuários ao se pensar e planejar a capacidade de atendimento de cada serviço.

Falamos ainda da frustração de não ter a participação da família como gostaríamos. O grupo apontou ainda que, talvez, o cuidado que oferecemos não esteja sendo o cuidado esperado ou considerado útil pela família, daí a sua não participação. Outra possibilidade levantada foi a de que a família já esteja tão esgotada, cansada, que não consiga participar do modo como esperamos. Fiquei pensando: será que conseguiríamos incluir a família inclusive no processo de pensar e planejar o cuidado que ela considera que precisa e que será útil a ela?

Em determinado momento, falamos também do desejo de uma melhor preparação técnica para a realização de intervenções nos contextos de vida das famílias, normalmente de grande vulnerabilidade, como pontos de tráfico. Isso me deixou imaginando que, talvez, mais do que necessidade de técnicas, este tipo de intervenção cause insegurança. E assim, como a equipe pode se apoiar para diminuir a insegurança neste tipo de intervenção?

Foi um encontro de muitas reflexões! Fiquei pensando, ainda: Que recursos a equipe já tem pra lidar com estes desafios? E quais recursos a equipe quer desenvolver?

Ansiosa pelo nosso próximo encontro!

Reflexões sobre o segundo encontro

Nosso último encontro foi muito mobilizador! Quantas questões importantes! E quantas reflexões! Diferentes pontos de vista sobre uma mesma questão foram levantados, quanta complexidade discutimos! Falamos da insegurança decorrente da distância entre teoria e prática e da inexistência do trabalho em rede; dos livros que não ajudam a lidar com o paciente que sofre, com a falta de vínculos, com a violência... Dos protocolos que não promovem o cuidado, das leis que atrapalham ao invés de ajudar.

Na tarefa de fazer esse Registro Reflexivo, me peguei sem saber o que propor de reflexão, pois sentia que tudo já havia sido dito na própria reunião. Ouvindo a gravação do encontro, entretanto, me senti mais uma vez mobilizada por algumas questões, que resolvi destacar.

Fiquei pensando que as teorias e as leis são conceitos abstratos, formulações não palpáveis que tentam estabelecer regras ou orientadores para nossas ações diante dos problemas. Já os problemas são concretos, envolvem pessoas de carne e osso, como vocês disseram, com cheiro, com olhar, com afeto. Trazem a singularidade e a complexidade. E aí a gente olha para essas pessoas com essas lentes das teorias - que podem ser conceitos, como o de família - e a gente se decepciona porque elas não se encaixam nas teorias, nos conceitos, no abstrato. É que a teoria, o conceito, foi feito para explicar “pessoas”, “famílias”, “funcionamentos psicológicos” e não a Rosana, a família da Bia, o funcionamento psicológico da Lu. As teorias falam de um universal que não existe: que família é essa que está na lei? Que doente mental é esse que está na teoria? E daí é como se pra cada pessoa a gente tivesse que inventar uma teoria, um aparato explicativo que nos ajudasse na sua compreensão.

Fiquei pensando ainda: por quanto tempo as pessoas, que viveram antes de nós, não acharam que quando tivéssemos uma legislação adequada e pesquisas comprometidas, as coisas mudariam. E no quanto a gente se dedica, ainda hoje, a pensar que tal lei tem que ser alterada ou regulamentada, tal conceito tem que ser revisto. Mas, agora estamos cheias de leis, a reforma psiquiátrica está na lei, as residências terapêuticas estão na lei, o ECA está em pleno “vigor”, mas os problemas não se dissolveram. Isso me faz pensar que o reinventar da prática e da saúde mental - da saúde mental de cada uma de nós, inclusive - está na potência desses encontros vivos, cheios de complexidade e que não se enquadram em teorias e leis. “Todo abismo é navegável a barquinhos de papel”, disse Guimarães Rosa.

Se não é pela teoria, nem pela lei, pode ser pela poesia... Será?

Reflexões sobre o terceiro encontro

O nosso terceiro encontro ficou marcado para mim como *divertido*. Até agora, foi o encontro em que mais rimos – e como rimos! Fiquei pensando que esse tom afetivo e amistoso do grupo é algo a ser muito valorizado. É gostoso estar aqui e conversar com vocês! As relações de amizade permitem que tenhamos liberdade pra falar, pedir ajuda, dar ideias, questionar, construir junto e isso eu acho que é trabalho em equipe acontecendo de verdade! Será que o grupo compartilha comigo essa sensação/avaliação?

Mas não só de risadas foi nosso encontro. Conversamos sobre questões sérias do cotidiano que afetam as práticas. Entre pensar nas teorias que são úteis, em como lidar com as falhas da rede, nas responsabilidades de profissionais e familiares, uma coisa ficou muito proeminente em nossa discussão: como construir corresponsabilidade entre as pessoas e instâncias envolvidas no cuidado?

Em algum momento, foi trazida no grupo a ideia da realização de reuniões conjuntas da equipe, ou do profissional, com a família para planejar o cuidado. Achei essa uma ideia muito interessante e pensei em ir além: seria possível incluir o paciente, além de sua família, na tarefa cotidiana de planejamento, ação acompanhamento e avaliação do caso?

Ao final, falamos um pouquinho sobre como o grupo gostaria de conduzir os próximos encontros e decidimos manter a forma mais livre como vimos fazendo, a partir da consideração do grupo de que os encontros estavam fluindo. A partir disso, fiquei pensando: além de estarmos passando bons momentos juntas, o que estamos conversando aqui está sendo útil para a prática de vocês? Se sim, como isso acontece? De que modo o que falamos aqui ajuda? E se não tem ajudado, o que poderíamos fazer para que essas conversas possam ajudar no cotidiano dos serviços?

Mais uma vez, acredito que teremos boas e ricas conversas!

Reflexões sobre o quarto encontro

Em nosso quarto encontro, falamos muito de nós no trabalho, de uma maneira que me fez pensar o quanto o trabalho nos constitui e nos afeta! Foram conversas bonitas, de muito engajamento, exposição e confiança mútua. Foi emocionante transcrevê-las!

Me fez pensar sobre uma função que o Gastão Campos, sanitarista, coloca para esses momentos de reunião do coletivo de trabalho. Ele fala de três funções: uma administrativa, para planejar os processos de trabalho; outra política, como forma de reconfigurar as relações de poder na instituição, construindo a horizontalidade na

equipe, e uma terceira que seria pedagógica e terapêutica. Acho que nosso último encontro esteve muito voltado a essa última função, que consiste na capacidade que esses encontros têm de influir na constituição de Sujeitos – pensantes, transformadores, conscientes, felizes! A meu ver, foram momentos de construção de um espaço de cuidado entre parceiras de trabalho, com a valorização entre as profissionais.

Além disso, penso que iniciamos um processo de avaliação do que estamos fazendo juntas... Fiquei muito tocada em ouvi-las contando sobre momentos de conversa que haviam sido importantes. E algo, nesses relatos, acho que merece ser destacado: o reconhecimento de vocês mesmas de que esse espaço e conversas foram construídos por vocês, a partir da dedicação de cada uma a refletir e a se deslocar um pouquinho dos territórios já conhecidos... e isso é apropriar-se do trabalho de uma maneira que dá sentido pra vida, né?!

Para mim tem sido muito importante me encontrar com vocês. Muito além da pesquisa, tem sido um espaço de aprendizado direto, de envolvimento e de construção de mim, enquanto Sujeito, também! Talvez este seja nosso último encontro dentro da pesquisa. Então, já quero deixar registrada minha gratidão a vocês por me proporcionarem essas vivências!

Reflexões sobre o quinto encontro

Nosso quinto encontro foi intenso. Penso que a equipe mergulhou no desafio de pensar as práticas e o trabalho como produção de cuidado e de sentido pra vida, fugindo de uma lógica taylorista de trabalho em esteira, onde cada um coloca seu parafuso e encaminha, sem envolvimento.

E essa conversa nos levou para uma outra conversa sobre os relacionamentos dentro da equipe. Falamos de confiança mútua, da dificuldade de falar e ouvir críticas, apesar do reconhecimento de que é pela divergência – e não pela unanimidade – que crescemos e melhoramos nossas práticas. Fiquei pensando que talvez seja este envolvimento – que é positivo – que faça com que em alguns momentos não consigamos ouvir críticas ao nosso trabalho. Acho que estamos diante de uma tarefa complexa, mas importantíssima: tomarmos o trabalho como algo inseparável da vida, nos envolvendo com ele, mas ao mesmo tempo conseguirmos ter o distanciamento necessário, em algumas situações, que nos permita não nos ofender pessoalmente com algumas divergências relacionadas às nossas práticas profissionais. O que vocês pensam disso?

A equipe ressaltou o quanto é importante não se sentir sozinha nas práticas cotidianas de cuidado. Fiquei pensando: Quando vocês se sentiram sozinhas no trabalho? Quando não se sentiram? E o mais importante: o que aconteceu para que

vocês não se sentissem sozinhas? Que ações cada uma pode ter para construir junto ao outro essa sensação de apoio?

Falamos também das consequências do pensamento crítico, compartilhando as angústias que se colocar sempre em dúvida nos causa. O grupo concordou que optar pelo pensamento crítico, questionador do *status quo* e do caminho mais fácil, é a opção mais honesta, apesar de mais angustiante. Envolve reconhecer nossas limitações e erros, ao invés de travesti-los de naturalidade e imparcialidade. Fiquei pensando que para o trabalho em saúde mental isso é essencial. E me lembrei de uma frase do Popper, filósofo da ciência: "nunca se pretenda mais precisão do que a exigida pelo problema que se tem em mãos". Se na saúde mental nossos problemas são tão complexos, subjetivos, multicausais e imprecisos, penso que aprendermos a tolerar a imprecisão e a incerteza é parte fundamental das nossas ações. O que vocês acham dessa colocação?

Estou ansiosa por nossas conversas de hoje...

Reflexões sobre o sexto encontro e Registro final

Os encontros com vocês foram sempre especiais, por diferentes razões, mas sempre marcantes. Dessa vez, foi marcante pra mim a discussão sobre a interdisciplinaridade e corresponsabilidade. Achei que vocês trouxeram reflexões muito pertinentes e que dizem de grandes desafios da prática na saúde mental. Com relação à interdisciplinaridade, vocês questionaram: como trabalhar junto, de maneira interdisciplinar, sem perder a especificidade de cada profissão? Fico imaginando que quanto mais nos focarmos em atender as pessoas de maneira integral, cada vez mais as “fronteiras” entre nossas especialidades vão se borrar. E que talvez em algum tempo futuro não tenhamos mais formação em psicologia, terapia ocupacional, medicina, serviço social, enfermagem, mas em Humanidade. Será que isso é possível?

Vocês falaram, ainda, da importância e do desafio que é saber lidar e respeitar o modo diferente da colega conduzir o caso e que às vezes nos frustramos porque achamos que a colega deveria fazer como nós ou que faríamos melhor que ela. Penso que isso envolve não apenas a confiança na colega, como também a disponibilidade de colocar em suspensão nossas avaliações sobre o caso, dando espaço para que os caminhos vistos pela outra mostrem seus resultados. O que vocês pensam disso?

Com relação à corresponsabilidade, vocês disseram coisas muito importantes e nucleares, a meu ver, para a sua construção. Primeiramente, trouxeram uma crítica a uma prática comum das profissionais de exigirem da/o paciente, para que o tratamento funcione, justamente a resolução do problema para o qual ela/e buscou ajuda. E daí vocês aprofundaram ainda mais a reflexão, criticando a corresponsabilização prescritiva

a partir do questionamento: a forma como fazemos corresponsabilização ajuda legitimamente a construir corresponsabilidade com paciente e familiares ou se trata apenas da devolução do problema pra pessoa e pra família?

Achei essa reflexão brilhante e essencial para a prática de cuidado na saúde de modo geral.

Mais uma vez este grupo me mobilizou e me colocou pra pensar! Quero que saibam que estes encontros foram riquíssimos para mim! Aprendi e me diverti muito! Foi um grande prazer conhecer cada uma de vocês!

Agradeço pelo tempo que vocês dedicaram a esses encontros, pela confiança por compartilhar assuntos tão caros para cada uma e pela disponibilidade de construir em conjunto reflexões tão importantes!

Tal como nossos encontros, esse registro também ficará cheio de exclamações! Exclamações que expressam envolvimento, afeto, aprendizagem significativa, poesia! “Quem tem consciência para ter coragem/ Quem tem a força de saber que existe/ E no centro da própria engrenagem/ Inventa a contra mola que resiste. /Quem não vacila mesmo derrotado/ Quem já perdido nunca desespera/ E envolto em tempestade, decepado/ Entre os dentes segura a primavera” (Secos e Molhados).

Desejo que vocês continuem, bravamente, segurando a primavera entre os dentes!

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/088-dgfs

Ribeirão Preto, 25 de agosto de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que a emenda ao projeto de pesquisa intitulado "**A Educação Permanente em Saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental**" foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 146ª Reunião Ordinária, realizada em 20.08.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 32777414.4.0000.5407).

Solicitamos que ao término do estudo um relatório final seja entregue via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Gabriela Martins Silva
Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br