

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

AMANDA DOS SANTOS MOTA

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS NOVAS PRÁTICAS EM
SAÚDE MENTAL**

Niterói

2013

AMANDA DOS SANTOS MOTA

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS NOVAS PRÁTICAS EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Grau de Mestre. Linha de pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a ANA LUCIA ABRAHÃO DA SILVA

Coorientadora: Prof^a Dr^a ÂNDREA CARDOSO DE SOUZA

Niterói

Abril 2013

AMANDA DOS SANTOS MOTA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS NOVAS PRÁTICAS EM
SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Grau de Mestre. Linha de pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Aprovada em agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^a Dr^a Ana Lucia Abrahão da Silva - Orientadora
UFF

Prof^a. Dr^a Ândrea Cardoso de Souza - Coorientadora
UFRJ

1^a Examinadora: Prof^a Dr^a Ana Paula Freitas Guljor
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

2^a Examinadora: Prof^a Dr^a Nereida Lúcia Palko dos Santos
UFRJ

1^a Suplente: Prof^a Dr^a Marilda Andrade
UFF

Niterói

2013

R 332 Mota, Amanda dos Santos
A educação permanente no cotidiano das
novas práticas em saúde mental / Amanda dos
Santos Mota. – Niterói: [s.n.], 2013.
107f.
Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino
na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar
para o SUS) - Universidade Federal Fluminense,
2013.
Orientador: Prof^a. Ana Lucia Abrahão da Silva.
1. Educação Permanente em Saúde.
2. Enfermagem Psiquiátrica.
3. Ambiente de Trabalho.
CDD 610.73

DEDICATÓRIA

Em memória do meu eterno grande amigo e companheiro na saúde mental, Tiago Dutra: fonte de inspiração; verdadeiro exemplo de determinação; e que sem dúvida me ajudou a superar para continuar o que começamos juntos. Que continue a guiar os meus passos, com aquele sorriso singular. Dedico esse trabalho a você. Obrigada por me fazer conseguir.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por me acompanhar nesta caminhada na busca de ideais e por não ter me permitido desistir nos momentos de fraqueza.

À minha orientadora, Ana Lúcia Abrahão. Obrigada pelos inúmeros conhecimentos e reflexões compartilhados, pela sua seriedade, humildade e generosidade durante esses dois anos de convivência. Representa para mim a prova que os mais sábios são aqueles mais humildes. Levarei esse ensinamento por toda minha vida.

À minha coorientadora, Andréa Cardoso, por ter acreditado em mim, por ter sido a minha primeira referência na saúde mental, pelos ensinamentos transmitidos, pelo incentivo para que eu ingressasse no mestrado e por me acompanhar na trajetória profissional.

À Nereida dos Santos e Ana Paula Guljor por terem aceitado dividir esse momento comigo e pelas valiosas contribuições ao estudo.

À toda a equipe de enfermagem do HPJ, por serem minha inspiração e por me impulsionarem a pensar sempre em melhorar a nossa prática.

À coordenadora da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ, enfermeira Maritelma, que sempre esteve ao meu lado e é quem me inspira a trabalhar de forma multidisciplinar, tendo me transmitido com muita propriedade, a fórmula do “fazer coletivo”.

À minha mãe por todas as vezes que chorou comigo durante os momentos difíceis nesse percurso e por ter me mostrado a direção correta.

Ao meu amor, Thiago Quintã. Suas palavras: “no final, tudo vai dar certo”, serviram de porto seguro durante essa jornada.

PATROCÍNIO

Ministério da Saúde do Brasil

RESUMO

A reflexão sobre o exercício de compartilhar experiências e saberes no trabalho cooperativo pode contribuir para que a equipe de enfermagem repense suas práticas para além de um saber eminentemente técnico. A prática da equipe de enfermagem é marcada por conflitos derivados da transição paradigmática nos modos de intervenção em saúde mental, em que pese as mudanças emanadas da Reforma Psiquiátrica. Nessa configuração, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como eixo possibilitador de superação das dificuldades cotidianas. Tendo em vista a problemática exposta, foi delimitado como **objetivo geral**: analisar o processo de institucionalização da Educação Permanente no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), no município de Niterói/RJ, a partir da dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem, nos encontros de quarta-feira. **Metodologia**: pesquisa descritiva de natureza qualitativa, do tipo intervenção. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a observação, o diário de campo e o grupo de discussão realizado com 27 sujeitos, componentes da equipe de enfermagem, que atuam no HPJ, hospital público de internação psiquiátrica do município de Niterói, RJ, e que participam do espaço de quarta-feira, promovido para tratar sobre o trabalho em saúde mental, de frequência semanal. O diário de campo também representa parte do resultado da observação e das análises realizadas pela pesquisadora. Os discursos manifestados durante o grupo de discussão, realizado após apresentação da dinâmica das esquetes, foram submetidos à análise de conteúdo temática, com base na Análise Institucional. **Resultados**: Com base nos dados obtidos e posterior avaliação, identificaram-se como núcleos de sentido: (i) *Ser ouvido*, na qual se constatou, no cenário do grupo, a coexistência da sensação de não serem escutados pelos outros membros da equipe, a dificuldade de empoderamento, juntamente com a insegurança na maneira de se expressarem. Vive-se num momento de transformação nas práticas em saúde mental, o trabalho é diversificado, a responsabilidade na condução do caso é mais dividida, entretanto, nelas também encontramos algumas resistências de se compartilhar o cuidado e na capacidade de se considerar os diferentes conhecimentos que vêm do outro. Por outro lado, o espaço também foi identificado como provocador de inquietação, de mudança de atitudes; tem-se a sensação de pertencimento, de ideia de grupo; (ii) *A dinâmica processual do trabalho em saúde*, que englobou condicionantes que fazem parte do processo de trabalho no campo da saúde, quais sejam: jornada de trabalho extensa, baixa remuneração e o intenso envolvimento com os limites humanos, como a dor e o sofrimento psíquico; o interesse em participar do grupo quando na discussão de casos distintos, complexos e; a dificuldade dos demais membros da equipe em se ocupar do posto de enfermagem para a viabilização do grupo. **Conclusões**: Esta pesquisa permitiu compreender que a equipe de enfermagem tem sido convocada a incorporar novas formas de compreender e promover a assistência, o que direciona para a prática voltada à reflexão do processo de trabalho. Assim, a estratégia de EPS, por meio do espaço de quarta-feira, tem sido entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, tendo em vista a complexidade do trabalho em

saúde. Isto é o que torna o espaço de EPS do HPJ um lugar de troca, intercâmbio, de possível 'estranhamento' de saberes e da 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes. A importância está no grupo poder ir se construindo, se articulando com a possibilidade de reflexão, de análise e construção de soluções coletivas, sendo, portanto, palpável o amadurecimento dos profissionais de saúde nesse processo.

Descritores: Educação Permanente em Saúde; Enfermagem Psiquiátrica; Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT

The reflection about the exercise of to share experiences and knowledge in cooperative work can contribute to the nursing staff to rethink their practices beyond to a highly technical knowledge. The practice of nursing staff is marked by conflicts arising from the paradigm shift in the ways of mental health intervention, despite the changes arising from the Psychiatric Reform. In this configuration, the Permanent Health Education (EPS) presents itself as the enabler to overcome the daily difficulties. Given the problems exposed, was defined as a **general aim**: to analyze the process of institutionalization of Permanent Education at Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, in Niterói, RJ, from the dynamics of the work of the nursing staff in meetings Wednesday. **Methodology**: Descriptive qualitative nature research, of the intervention type. Were used as data collection techniques the observation, field diary and group discussion conducted with 27 subjects, components of the nursing staff, who work at HPJ, public psychiatric hospital in the city of Niterói, RJ, and that participate in space Wednesday, promoted to treat about working in mental health, weekly frequency. The field diary is also part of the result of observation and analysis performed by the researcher. The speeches manifested during the group discussion held after the presentation of the dynamics of skits, underwent thematic content analysis, based on Institutional Analysis. **Results**: Based on the data obtained, identified themselves as units of meaning: (i) *Be heard*, in which it was found, in the setting of the group, the coexistence of the feeling of not being listened to by other team members, the difficulty of empowerment, coupled with insecurity in the way of expressing themselves. We live in a time of change in practices in mental health, work is diverse, the responsibility in the conduct of the case is more divided, however, we also find in them some resistance of to sharing care and the ability to consider different knowledge come from the other. Moreover, the space was also identified as provocative of unrest, change attitudes, it has the feeling of belonging, the idea of group; (ii) *The procedural dynamics of health work*, which included conditions that are part of the process of working in the healthcare field, namely: long work hours, low pay and intense involvement with human limitations, as pain and psychological distress, and interest in participating in the group when there is discussion of different cases, complex and; the difficulty of the other members of the team occupy the nursing station for the viability of the group. **Conclusions**: This study allowed us understand that the nursing staff has been convened to incorporate new ways of understanding and promoting the assistance, which directs to practice focused on reflection of the work process. Thus, the strategy of EPS through space of Wednesday, has been understood at the same time, as a practice of teaching and learning and as education policy in health, considering the complexity of healthcare work. This is what makes the space of EPS in HPJ a place of exchange, of possible 'strangeness' of knowledge and 'disaccommodation' with the knowledge and practices that are in force. The importance is in the group can go if building, articulating with the possibility of reflection, analysis and construction of collective solutions, therefore, palpable maturation of health professionals in this process. **Keywords**: Permanent Health Education; Psychiatric Nursing; Working Environment.

LISTA DE SIGLAS

BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CIES	- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CGR	- Colegiado de Gestão Regional
EC	- Educação Continuada
EPS	- Educação Permanente em Saúde
EP	- Educação Permanente
HPJ	- Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	- Ministério da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PEPS	- Polos de Educação Permanente em Saúde
RPB	- Reforma Psiquiátrica no Brasil
SAD	- Serviço de internação para usuários de álcool e outras drogas
SGTES	- Secretária de Gestão e do Trabalho e Educação na Saúde
SIAC	- Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças
SIAF	- Setor de Internação de Agudo Feminino
SILP	- Setor de Internação de Longa Permanência
SIM	- Setor de Internação de Agudo Masculino
SRI	- Serviço de Recepção e Intercorrência
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFF	- Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE SIGLAS	X
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Motivação	13
1.2. Contextualização	14
1.3. Objeto	18
1.4. Questões norteadoras	18
1.5. Objetivo	18
1.6. Relevância e justificativa	18
1.7. Contribuição do estudo	19
CAPÍTULO I	21
2. UMA PEQUENA HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	21
2.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil	24
CAPÍTULO II	27
3. EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONHECER PARA COMPREENDER.....	27
4. GRUPO.....	34
5. PERCURSO TEÓRICO- METODOLÓGICO: PESQUISA INTERVENÇÃO.....	41
5.1. A pesquisa-intervenção e o seu referencial teórico-metodológico: a análise institucional	42
5.2. Sobre os sujeitos da pesquisa	48
5.3. Cenário da pesquisa: sobre o espaço de quarta-feira	48
5.4. Instrumentos e método de coleta de dados	50
5.5. A construção do diário de campo	51
5.6. A dinâmica do grupo	52
5.7. Análise e interpretação dos dados	53
5.7.1. Ser ouvido	55
5.7.2. A dinâmica processual do trabalho em saúde	55

(continua)

5.8. Aspectos éticos	55
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56
6.1. Diário de campo	56
6.1.1. Espaço de quarta-feira, 10 de outubro de 2012	56
6.1.2. Espaço de quarta-feira, 24 de outubro de 2012	57
6.1.3. Espaço de quarta-feira, 31 de outubro de 2012	59
6.1.4. Espaço de quarta-feira, 21 de novembro de 2012	64
6.1.5. Espaço de quarta-feira, 28 de novembro de 2012	65
6.1.6. Espaço de quarta-feira, 10 de abril de 2013	73
6.1.7. Espaço de quarta-feira, 17 de abril de 2013	76
6.2. Núcleos de Sentido	77
6.2.1. O ser ouvido	77
6.2.2. A dinâmica processual do trabalho em saúde	82
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
8. REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES	101
Apêndice 1 - Espaços de reflexões e discussões sobre a prática assistencial. Niterói, RJ, 2012-2013	101
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
ANEXOS	105
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	105

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação

A aproximação com o tema “educação permanente (EP) no campo da saúde mental” deu-se pela minha vivência enquanto enfermeira diarista num hospital psiquiátrico.

Essa experiência diz respeito ao meu primeiro emprego enquanto enfermeira que acabara de concluir (ano de 2008) a graduação em enfermagem. Eu ainda muito contagiada com os ensinamentos e preceitos da Reforma Psiquiátrica transmitidos na formação, sobretudo durante o estágio (no ano de 2007, no 6º período) ambientado nesse hospital.

Na escola de formação, o árduo processo de aproximação dos acadêmicos de enfermagem com o cuidado em saúde mental é realizado pela professora Ândrea de Souza. Entendo o processo como árduo porque a loucura ainda habita o imaginário de muitas pessoas de um modo assustador e temeroso e, diante disso, convidar os acadêmicos para desmitificar em suas crenças e se permitirem conhecer a ‘loucura’ como ela é, se dá e se encontra, não é qualquer coisa. É um processo que somente hoje tenho a noção do cuidado que exige.

Como enfermeira do Setor de Internação de Agudo Feminino (SIAF), deparei-me com uma equipe de enfermagem composta por aproximadamente 14 técnicos de enfermagem. Desses, a maioria trabalhava há mais de 10 anos na área, e por isso traziam experiências, vivências de outra época da psiquiatria, repercutindo na

maneira que se viam no trabalho e se posicionavam na assistência. Época essa (década de 1970 a 1990) que eu não vivi, mas que acompanhei por livros e isso na prática também faria a diferença.

Percebi com o tempo uma convocação por parte da equipe multidisciplinar com relação à equipe de enfermagem para uma maior participação nas conduções dos casos, numa perspectiva de poderem ir além do “medicar, conter e alimentar”. Assim percebia-se a consolidação da importância dos múltiplos saberes para o cuidado, pois o usuário portador de transtorno mental produz e diz muitas coisas para além do consultório, ganhando a equipe de enfermagem um papel essencial.

A partir da construção do cotidiano, iniciando um movimento de educação permanente com a equipe, sem saber que minhas ações se tratavam de modos de se fazer EP, percebia que a equipe precisa de um espaço durante o trabalho para refletir sobre tantas mudanças ocorridas no campo da saúde mental, para falar das aflições diante de um caso, e das dificuldades enquanto profissionais. Sabia que não era pela via da hierarquia e nem da supervisão que conseguiria mudanças em posturas tão cristalizadas. Era necessário instrumentalizar a minha equipe, mostrar alternativas de produzir o cuidado, mas tendo a prudência para não desconsiderar os conhecimentos já adquiridos pelos mesmos.

Destarte, despertou em mim o interesse pela temática supracitada.

1.2 Contextualização

Com a tentativa de se caminhar a favor das diretrizes vinculadas às políticas do SUS e na especificidade da Política Nacional de Saúde Mental, para promover ações direcionadas à garantia dos direitos e acessos que resgatem a cidadania do sujeito, instituiu-se, a partir dos anos 1980, um novo olhar sobre o discurso e as práticas de saúde mental.

A RPB, iniciada, na década de 1980, possibilitou a incorporação de novos conhecimentos e a implementação de novas propostas e possibilidades de assistência ao usuário com sofrimento psíquico, no sentido de romper com as práticas asilares da organização hospitalocêntrica, dando lugar as práticas que resgatassem à autonomia, autoconhecimento, e aumento da capacidade de fazer escolhas (GONÇALVES; SENA; 2001). Tal reformulação da assistência exigiu uma

mudança na prática do cuidado psiquiátrico e da relação terapêutica entre usuário-profissional e usuário-instituição (MORAES *et al.*, 2010).

A efetivação da Reforma Psiquiátrica implicou repensar o modelo de assistência tradicional, por meio da vinculação da saúde mental aos conceitos de cidadania e qualidade de vida, a fim de que fosse possível a inclusão social da pessoa com transtorno mental dispensando maior respeito às diferenças e singularidades das mesmas.

Hoje, o trabalho em saúde mental impele para a construção e consolidação de redes substitutivas, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios, Hospitais-dia e Residências Terapêuticas, que possibilitem o cuidado integral, singularizado e no território. Dessa maneira, as ações do Ministério da Saúde (MS) para a área consistem na estruturação de programas e dispositivos como os CAPS que permitam a efetivação de propostas nesse sentido (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, houve um aumento substancial no número destes dispositivos, o que é uma evidência positiva em termos de humanização na área da saúde mental. Essas ações são fundamentais e auxiliam nos processos de adesão e continuidade dos tratamentos, possibilitando aos usuários viverem de outra forma, tornando real sua maior autonomia e participação no seu próprio projeto terapêutico. Para tanto, imprime-se a necessidade de avaliação dos serviços e qualificação dos profissionais que neles atuam (MARI *et al.*, 2006).

Tendo em vista que a relação terapêutica também é constituída tanto para o usuário quanto para os profissionais envolvidos, pela dor, sofrimento, vivências e percepções de vida, se faz necessário estabelecer mecanismos para tornar evidentes os distintos elementos constitutivos (subjetivos e sociais) dessa relação, os quais influenciam na assistência prestada (JORGE, *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, ocorre uma valorização dos diversos saberes, incluindo o saber da enfermagem. A enfermagem, nesse novo cenário, é convidada a ir além das ações de conter, vigiar e medicar que durante tantos anos resumiram a sua participação no processo de cuidado. Nessa configuração, o processo de trabalho, principalmente da equipe de enfermagem, se deparou com novas convocações na assistência, no sentido de valorizar o relacionamento terapêutico, aumentando a capacidade de escuta e de diálogo com os usuários.

A reflexão sobre o exercício de compartilhar experiências e saberes no trabalho cooperativo pode contribuir para que a equipe de enfermagem repense suas práticas para além de um saber eminentemente técnico. Assim, sentimentos, atitudes, cooperação, solidariedade e responsabilidade social estarão envolvidos num mesmo propósito, colocados como elementos necessários ao processo de aprendizagem.

Entretanto, a inovação no campo das ideias e estruturação na saúde mental não foi acompanhada, na mesma proporção, de inovações no campo da formação em saúde e trabalho em saúde, na qual, segundo Merhy (2005), um produz o outro.

E é nessa perspectiva, que os profissionais devem ser vistos como um componente dinâmico que necessita de apoio e investimento permanente (MERHY; 2005). A prática da equipe de enfermagem é marcada por conflitos derivados da transição paradigmática nos modos de intervenção em saúde mental. Conflitos esses marcados, de um lado, por novas convocações, por parte dos gestores das instituições públicas, para uma prática centrada na subjetividade da clínica, na sensibilidade do cuidado, em outras formas de intervenção e; em contrapartida, cercados pela resistência à implementação de novas práticas de cuidado, falta de conhecimento e de motivação, por parte da equipe de enfermagem. Os profissionais encontram-se, por vezes, tão imersos e sobreimplicados, não sendo possível refletirem sobre si mesmo no agir produtor do cuidado.

E é nessa configuração que a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como eixo possibilitador de tais necessidades. A educação permanente é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora (FEUERWERKER, 2001).

A EPS instituída como Política Nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) propõe que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, seus atores possam ser capazes de se responsabilizarem mutuamente pela produção de autonomia e de cuidados em busca da integralidade da assistência (CECCIM, 2004).

Ceccim (2005) destaca que aquilo que deve ser realmente central à EPS é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a

introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional. Enfim, geram pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Diante disso, pensar no ensino como ferramenta básica para a mudança transformadora dos processos de trabalho em saúde e educação, dos quais a enfermagem é parte integrante, implica uma ressignificação de conceitos e práticas que o ensino de saúde mental deve incorporar, para produzir uma força de trabalho capaz de compreender as mudanças que a práxis profissional precisa traduzir na perspectiva de uma Reforma Psiquiátrica transformadora da assistência tradicional (VITAL; BRITO, 2008).

Compreendemos que a educação deve ser construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. Ela pode ser considerada instrumento de transformação social quando proporciona a formação dos profissionais de saúde, o agente de mudança, crítico, criativo, reflexivo, propositivo, capaz de assumir, no conjunto das lutas sociais, sua condição de agente ativo de transformação da sociedade e de si próprio, na conquista de direitos e justiça social (FEUERWERKER, 2001¹ *apud* TAVARES, 2006, p. 287-95).

Baseada na aprendizagem significativa, a EPS também propõe que essa análise seja desenvolvida na interlocução, em rodas de conversas sobre os problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano da produção do cuidado, da gestão, da formação dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, o presente estudo foi desenvolvido no município de Niterói/RJ, no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), o qual é um hospital público de internação psiquiátrica, no grupo que ocorre às quartas-feiras. A Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital, juntamente com as coordenações dos setores em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF) tem possibilitado, há cerca de quatro anos, esse espaço de discussão/reflexão sobre o trabalho em saúde mental.

¹ Feuerwerker L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cadernos CE*. 2001 Dez; v.2, n.4, p.11-23.

1.3 Objeto

Os efeitos da EPS na execução do processo de trabalho em saúde mental do HPJ.

1.4 Questões norteadoras

- Qual o uso que a equipe de enfermagem tem feito do espaço de educação permanente oferecido no interior do HPJ?
- A educação permanente realizada pela equipe de enfermagem promove mudanças no HPJ?

1.5 Objetivo

Analisar o processo de institucionalização da Educação Permanente no HPJ, no município de Niterói/RJ, a partir da dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem, nos encontros de quarta-feira.

1.6 Relevância e justificativa

A relevância deste estudo passa a ser identificada no momento em que se reconhece o impacto da Reforma Psiquiátrica, na prática profissional, no caso deste trabalho, dos profissionais de enfermagem, e a importância da educação permanente como dispositivo para o cuidado em saúde mental. Estudar modos de contribuir com a melhora da formação dos profissionais e da assistência prestada aos usuários com transtornos mentais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é, sem dúvida, participar da Reforma Psiquiátrica.

Outro elemento que destaca a importância da pesquisa diz respeito à lacuna de conhecimento nessa área. Segundo Mota (2012), as publicações sobre a temática “educação permanente”, nos últimos cinco anos mostram que, dos 113 estudos encontrados pelo autor, apenas 30 tratavam de alguma forma o conceito da EP. Percebeu-se também que a maior parte dos mesmos utilizou como descritores a Educação Continuada (EC) e Educação em Serviço. Do total de estudos

selecionados, apenas dois possuíam no título os termos “Educação Permanente” e “Saúde Mental”.

Na pesquisa desenvolvida por Mota (2012), buscou-se num primeiro momento na base de dados Ciências de Saúde em Geral, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)², a qual abrange diversas bases³, estudos que constavam em seu título o termo “educação permanente”. Posteriormente, buscaram-se publicações cujos títulos constassem os termos “educação permanente” e “saúde mental”. Vale ressaltar que a opção pela busca pelo título se deu por EP ainda não se constituir como um descritor.

Enfim, justifica-se um estudo no campo da saúde mental, com foco na educação permanente, por ser um território ainda pouco explorado e ao mesmo tempo com capacidade de identificação de diferentes formas e arranjos para o cuidado. Nesta perspectiva, produzir conhecimento é operar saberes que se articulam com a Política Nacional do SUS, dialogando com ensino, gestão e o controle social.

1.7 Contribuição do estudo

- Adensar o debate de Educação Permanente na área de Saúde Mental, a partir da experiência no HPJ;
- Ampliar a produção científica no campo da Enfermagem tendo como foco a Educação Permanente, como espaço de elaboração no cuidado com o usuário de Saúde Mental.

Diante do exposto, optou-se por organizar o trabalho em cinco capítulos:

No primeiro capítulo, encontra-se de forma sucinta, a conjuntura social e o pensamento científico do século XX, anterior a Reforma Psiquiátrica. Para tal, centra-se na construção da loucura enquanto doença mental, assim como o papel da psiquiatria nesse contexto.

² <http://www.bireme.br>

³ Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), BIBLIOTECA COCHRANE, Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Posteriormente, apresenta-se a crítica ao modelo manicomial e sua forma cruel e excludente de lidar com o desviante, o diferente, o radical que a loucura representa. Seguem as concepções teórico-práticas dos novos paradigmas em saúde mental, representadas pelos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo. Neste capítulo, destaca-se o paradigma Basagliano, que propõe pensar a loucura enquanto existência-sofrimento, enquanto modo de ser e estar no mundo, não enquanto doença mental. Finalmente, fecharei com os principais acontecimentos que culminaram na Reforma Psiquiátrica no Brasil, perpassando pela mudança no papel da equipe de enfermagem ao longo dos anos na saúde mental, retratando um distanciamento entre as novas convocações e os investimentos na formação desses trabalhadores.

No segundo capítulo, segue com a interlocução existente entre o conceito de EP e a proposta do SUS, passando a ser considerada central na Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS, dada sua importância como estratégia para alcançar a aproximação do trabalho com a educação. Ainda neste capítulo, destaca-se a diferença entre o conceito de educação continuada e educação permanente e a potencialidade de iniciativas da EP no cotidiano das instituições como possibilidade de transformações na práxis.

No terceiro capítulo, o conceito de grupo por representar um dispositivo importante da EP ganha relevância a partir das principais definições dos autores sobre esse conceito, destacando suas afinidades e divergências na definição do mesmo e com a articulação do grupo com o presente trabalho.

No quarto capítulo trata-se do referencial e percurso metodológico percorrido. Nesse sentido é explorada a pesquisa-intervenção e o seu referencial teórico-metodológico: a análise institucional. Neste capítulo, constam de forma sistemática os passos para a construção da pesquisa (sujeitos, cenário da pesquisa, instrumentos e os métodos de coletas de dados utilizados e de análise/interpretação dos mesmos). No quinto capítulo, por sua vez, segue-se a apresentação e análise dos resultados com o diário de campo e os núcleos de saberes/categorias.

CAPÍTULO I

2 UMA PEQUENA HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Só é possível entender o contexto contemporâneo em que se encontra a saúde mental e o que nos é lançado hoje, como novas convocações, desafios e direções, se refizermos o percurso da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica. Nessa perspectiva, esse capítulo buscará, de forma sucinta, responder a essa demanda.

No final do século XIX e início do século XX na Europa, o tratamento destinado ao louco, passa a sofrer forte influência de Kraepelin, e as ideias deste autor, passam a ser decisivas para que a loucura se configurasse como problemática de ordem exclusiva médico-orgânica. Diante disso, a psiquiatria passa a fornecer modelos racionais e técnicos para o tratamento da loucura (ROCHA, 2012), instituindo-se como aparato social, agora legitimada científica e socialmente.

Desse modo, o louco encontra uma classificação no rol de doenças e, como doente mental, a psiquiatria o coloca como objeto de estudo e intervenção, se resumindo à descrição de sistemas classificatórios e internações indiscriminadas, não havendo outras formas de cuidar e nenhuma tentativa de ressocialização dos usuários. Para esses, restavam o encarceramento e a exclusão (TENÓRIO, 2001).

Por trás da aparência e um julgamento técnico-especializado, o diagnóstico era tido como principal ferramenta do poder médico e funcionava mais como um

rótulo discriminador, um estigma e um juízo de valor, que acompanhavam a vida do sujeito, incapacitando-o de diversas formas.

Nesse contexto, vamos ter no interior das instituições o “eu” do internado sendo gradativamente apagado, morto, resultando em mudanças progressivas das suas crenças e cultura. E, vivendo subordinados à equipe técnica, ditadora de regras e normas a serem seguidas, destitui-se, assim, a autonomia dos internados para gerirem suas necessidades mais fundamentais. Por consequência, distanciando-os de sua cidadania.

Tinha-se na disciplina a forma de organizar a “loucura”, no que diz respeito aos comportamentos, condutas que destoavam dentro do conceito de “normalidade”. Nessa lógica asilar e manicomial, temos o conceito de “poder disciplinar” elaborado por Foucault (2005, p. 117). Este conceito denota um modo capilar e terminal do poder, uma intermediação a qual os poderes vêm tocar e agir sobre corpos, considerar seus gestos, comportamentos, hábitos e palavras. Nesse sentido, segundo o autor, o poder disciplinador estaria presente em toda parte e vindo de todos os lugares:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra em uma maquinaria de poder que o esquadriinha, o desarticula e o recompõe (FOUCAULT, 2010, p. 133).

Então, de forma dispersa e cotidiana, esse poder agiria por meio de controle e vigilância incessantes. Entretanto, seu verdadeiro objetivo seria justamente o momento em que não mais seria preciso vigiar, conter e punir, pois a “disciplina tornar-se-ia um hábito”.

Após a 2ª Guerra Mundial (século XX), vamos ter uma intensificação das críticas a esse modelo então vigente, e, concomitantemente, um movimento de tolerância à minoria e às diferenças, resultado de mudanças sociopolíticas e culturais. Nessa direção, a psicanálise ganha espaço, o que auxilia no surgimento de outras formas de entender a loucura e as primeiras propostas mais sistematizadas de reforma psiquiátrica (RUSSO, 2002).

Observa-se, então, a implementação no cenário internacional de novos e distintos modelos de organização da assistência psiquiátrica, inclusive os primeiros e mais significativos movimentos de reforma. Na Inglaterra, as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria; na França, a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional e; nos Estados Unidos, a psiquiatria preventiva ou comunitária (RIBEIRO, 2007). Esses movimentos, mesmo possuindo suas especificidades, possuem em comum a denúncia a situação manicomial e a busca para sua superação.

Nesse contexto, pode-se dividir o movimento da reforma em três grupos. O primeiro, caracterizado pela comunidade terapêutica e psicoterapia institucional, busca a transformação do manicômio em uma instituição terapêutica; o segundo, denominado psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, toma a comunidade como central no tratamento e; o último grupo coloca como precondição da reforma o fechamento dos manicômios (antipsiquiatria e psiquiatria democrática italiana) (ROCHA, 2012, p.19-31).

O que vamos ter de crucial sendo construído a partir desses movimentos, principalmente na psiquiatria preventiva/comunitária, é um novo objeto da psiquiatria se configurando: a saúde mental. Desta forma, a doença mental (paradigma positivista), dá lugar a saúde mental (paradigma psicossocial), deslocando o foco da cura para a adaptação social do sujeito (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Itália possui um papel de destaque no que diz respeito a experiências inovadoras, com Franco Basaglia. Este parte de experiências prévias e propõe transformações teórico-práticas na psiquiatria e na assistência em saúde mental (ARAGÃO, 2008).

Basaglia criticou radicalmente o saber e a prática psiquiátrica e todo processo histórico-social e, tendo como base o conceito de desinstitucionalização como desconstrução/construção, propôs a abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano (AMARANTE, 2000).

Esse processo se deu no manicômio e culminou em transformação teórica em relação à questão psicopatológica, e em prático-política, em relação à exclusão e estigmatização social.

2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No final da década de 1970, em que o Brasil estava sob a ditadura militar, a doença mental se transformou como fonte de lucro. Por meio da previdência social, enormes recursos eram destinados para o financiamento de leitos psiquiátricos e, nesse momento, tem-se um processo radical de privatizações (ROCHA, 2012).

Nesse mesmo período são registradas várias denúncias à política brasileira no campo da psiquiatria, tanto no que tange às privatizações quanto às condições de atendimento psiquiátrico à população, ao passo que vários países intensificaram os questionamentos com relação ao caráter iatrogênico do hospital psiquiátrico.

A RPB, portanto, inscreve-se em “um contexto internacional de ruptura com a instituição manicomial e seu sistema coercitivo, violento e intolerante”, a fim da reconstrução da cidadania, autonomia e dos direitos civis da pessoa que apresenta transtorno mental (ROCHA, 2012, p. 35).

Nessa conjuntura, dá-se a articulação do movimento sanitário (em busca da elaboração de alternativas e reformulação do sistema nacional de saúde) apresentando uma importante conquista: a instituição do SUS (TENÓRIO, 2001), influenciando de forma a impulsionar o movimento da RPB.

Nesse mesmo movimento, se estabelece o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978. O objetivo desse movimento era de abrir um espaço de luta, de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se denunciava a política privatizante vigente. Posteriormente, transformando-se no movimento nacional da luta antimanicomial (AMARANTE, 2000).

Podem-se notar três importantes processos no sentido de consolidação do movimento da reforma, na década de 1980: o surgimento de experiências bem sucedidas relacionadas a um novo cuidado de saúde mental, um maior envolvimento dos atores sociais e a iniciativa de reformulação legislativa (TENÓRIO, 2001). Logo a seguir, em 1987, têm-se dois eventos permeados pelo paradigma basagliano de desconstrução, quais sejam: I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marcou o início da desinstitucionalização, e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1994).

Seguiu, nesse contexto, como alternativa ao hospital psiquiátrico, a proposta de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). “Um lugar destinado à

criatividade, construção de vidas, de novos saberes e novas práticas”, onde o excluir, medicalizar e disciplinar, passam a dar espaço para o acolher, cuidar e o ressocializar (ROCHA, 2012, p. 36).

Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto propunha a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave: a extinção progressiva dos manicômios, os quais deveriam ser substituídos por recursos assistenciais extra-hospitalares e a regulamentação da internação compulsória. Mesmo sendo um projeto de lei, tivemos a partir de tal, debates e experiências inovadores, como por exemplo, a criação de associações de usuários dos serviços de familiares (AMARANTE, 1994). Porém, cabe salientar que somente 12 anos depois, a lei Paulo Delgado é aprovada no país, e a mesma representa uma emenda do projeto de lei original, contendo alterações importantes em seu texto normativo.

Na conjuntura atual do Brasil, temos inúmeras leis reorientando o modelo de assistência à saúde mental, priorizando a criação de uma rede alternativa. Entretanto, constata-se que as mesmas, sozinhas, se mostram insuficientes para gerar transformações efetivas.

Por outro lado, as redes são orientadas a se formarem a partir de equipes multiprofissionais, entendendo que neste contexto de diálogo entre as disciplinas do campo da saúde, há a possibilidade de um cuidado inclusivo da loucura. Trabalhar em equipe é considerar as múltiplas formas de olhar inscritas em cada núcleo de conhecimento que compõe cada profissional. Aqui destacamos a enfermeira, como componente desta equipe, e seu papel na construção de alternativas de cuidado à Saúde Mental.

Do trabalho em equipe, do trabalho vivo em ato⁴, emergem as mudanças nas práticas com potencial para irem ganhando corpo, tornando-se cada vez mais reais. Desta forma, a prática de enfermagem psiquiátrica encontra-se em processo de transformação de um paradigma de internação, onde o trabalho centrava-se quase que exclusivamente no cuidado físico e observação do comportamento dos usuários para um trabalho em prol da desinstitucionalização.

⁴ Trata-se do “trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. (MERHY; FRANCO; 2006, p.282).

Com o modelo psicossocial, ganha ênfase a promoção da saúde e a busca pela reinserção social, cabendo à equipe de enfermagem além de manter sua atribuição técnica específica, desenvolver também outras formas de abordagens terapêuticas conforme as necessidades da clientela e ao plano terapêutico global do serviço (MACEDO, 1997).

A estratégia da reabilitação nos serviços de saúde mental pressupõe atendimentos não diretivos, a criação de novas tecnologias do cuidado, o aumento da capacidade de escuta por parte dos profissionais, e direcionamento para a valorização das diferentes culturas e diferentes dinâmicas familiares. Proporciona-se, assim, um espaço social, onde seja possível a produção de subjetividades, de exercício da autonomia, sociabilidade e integração (BRÊDA, 2005).

Então, se no passado (século XX), os enfermeiros tinham poucas opções de abordagens terapêuticas perante a realidade de violência dos hospitais psiquiátricos, onde os loucos eram acompanhados, em grande medida, pela enfermagem psiquiátrica brasileira, através das frestas das janelas, dos nós das amarras e da solidão da clausura dos grandes hospitais (BRASIL, 2007). Hoje, o trabalho os convoca para a superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

Nessa perspectiva, o relacionamento terapêutico deve passar a ser objeto de utilização por parte da equipe de enfermagem, por sua capacidade de influir nas relações interpessoais, reorientar as interações sociais e de modificar o ambiente (REZENDE, ALVES, 2001).

Diante disso, percebe-se que é exatamente na capacidade de ouvir e interagir que esses profissionais são chamados a construir uma nova identidade na atenção aos usuários portadores de transtornos psiquiátricos. O processo de reinserção que se busca com a Reforma Psiquiátrica requer da equipe de enfermagem uma prática reflexiva, criativa, sensível, onde o diálogo e a escuta passam a ser peças fundamentais no tratamento.

CAPÍTULO II

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONHECER PARA COMPREENDER

É importante resgatar que o sistema nacional de saúde é uma política brasileira de inclusão social criada para atender aos cidadãos. Assim, integram o SUS: a população, que reivindicou a saúde como um direito, a universalização das suas ações e a possibilidade de participação social; assim como todos os profissionais que trabalham na saúde. Diante disso, somos corresponsáveis pela efetivação das propostas que emergem desse sistema.

Para avançar no fortalecimento do SUS, entre a saúde e a cidadania formam-se alianças mediante lutas por mudanças que promovam a integralidade das ações, desfragmentem o sistema, e aumentem a participação dos atores sociais envolvidos nos espaços de saúde, representando um direito de todos. Como consequência, temos a demanda de novos delineamentos da gestão, das práticas de saúde, do ensino, da formação e da educação dos trabalhadores do SUS (CECCIM; FERLA, 2009).

A formação desses profissionais de saúde era marcada por um distanciamento da realidade local de sua atuação, dificultando o exercício/capacidade da escuta com o usuário. E foi justamente a dicotomia entre a formação e a prática um dos motivos para a procura de modelos alternativos de formação em saúde, buscando a incorporação das práticas do sistema de saúde

pela educação acadêmica tradicional, bem como as especificidades e saberes da comunidade.

A discussão para um novo modelo pedagógico, como estratégia para alcançar a aproximação do trabalho com a educação, tendo como prioridade o aprendizado no cotidiano dos serviços, foi lançada na América Latina por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de 1970, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde (BRUM, 2009).

A difusão promovida pela OPAS, desde 1984, com a proposta da Educação Permanente do pessoal de saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, fez com que a EP ganhasse estatuto de política pública na área da saúde.

No Brasil, até 2003, as conferências não tinham a organização dos serviços do sistema de saúde como prioridade em sua agenda, entretanto, nesse mesmo ano, o MS cria a Secretária de Gestão e do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e toma para si a responsabilidade de mudar a lógica de formação dos trabalhadores (LOPES *et al.*, 2007).

E foi nesse cenário que o MS, em 13 de fevereiro de 2004, por meio da portaria GM/MS nº 198/04 (BRASIL, 2004), instituiu a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde, servindo como política para formação dos profissionais de saúde. Nesse momento, entende-se que as mudanças no modo de fazer saúde só se tornariam possíveis, na medida em que ocorressem transformações nos modos de ensinar e aprender.

No universo da aprendizagem, a EP representa a aprendizagem no serviço a partir da problematização do processo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações. Baseia-se numa aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, levando em consideração os conhecimentos e as experiências já adquiridos, e as necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

Segundo Merhy (2005), educação em saúde e trabalho em saúde se mostram inseparáveis, uma vez que um produz o outro. O mesmo autor, por sua vez, aponta a importância do lugar do trabalhador como protagonista efetivo deste processo, passando da condição de “recursos para o estatuto de atores sociais das reformas

do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde”.

A EP proporciona aos profissionais exercitarem e se habituarem a realizar a autoanálise e a autogestão do seu processo de trabalho, para que possa emergir, coletivamente, as alternativas construtivas a respeito da sua prática, tornando-se, assim, protagonistas do seu próprio agir.

Para a institucionalização dessa política foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) como um dispositivo de articulação interinstitucional, para reunir entidades de trabalhadores da saúde, gestores, movimentos sociais, instituições formadoras, conselhos de saúde, serviços de saúde e movimentos estudantis. Por meio dos polos, buscou-se agregar diferentes atores para que participassem ativamente da condução local do sistema de saúde, voltando-se para a gestão e educação no SUS (BRASIL, 2004).

Entretanto, Merhy (2005) observa que esses polos não respondem, obrigatoriamente, de forma similar, pois há existência de múltiplos atores loco-regionais que proporcionam singularidades que não podem ser desprezadas, marcando a multiplicidade nesses polos.

A partir de 20 de agosto de 2007, o MS, reafirmou a EPS pela portaria GM nº 1996 (BRASIL, 2007), por meio da disposição de novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de modo a adequá-las ao regulamento do Pacto pela Saúde. O referido pacto representa a política de recursos humanos no SUS e tem como eixo estruturante a valorização tanto dos trabalhadores de saúde quanto do trabalho, levando em consideração as singularidades de cada região e desigualdades (BRUM, 2009).

Na portaria supracitada foi definida a condução local das EPS por meio da criação de comissões de integração permanente entre os serviços de saúde e as instituições de ensino (CIES) no âmbito estadual e regional sob coordenação dos Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2007).

A partir da elaboração dessas políticas, vários autores se debruçaram para tratar sobre o tema e muitos estudos começaram a incorporar o conceito de EP; entretanto, ocorre confusão dos reais significados e distinções da EP com o termo educação continuada. Confusão essa, talvez, por serem tomados pelo significado literal (semelhança semântica encontrada nos unitermos continuada e permanente), ao invés da compreensão teórica conceitual. Na temática da educação de

trabalhadores de enfermagem encontra-se a existência dessas duas propostas mais consolidadas que têm um caráter complementar e não excludente, embora com marcantes diferenças conceituais.

A EC é tradicionalmente desenvolvida no setor saúde e de enfermagem como continuação ou extensão do modelo acadêmico e escolar; baseada, sobretudo na ciência, como fonte do conhecimento técnico-científico, priorizando cursos e treinamentos orientados a cada categoria profissional, não considerando a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores (BRASIL, 2004).

Seu objetivo principal, portanto, é a atualização de conhecimentos e, como pressuposto pedagógico, um conhecimento que define as práticas.

Dessa forma, a EC caracteriza-se, por representar uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo, ou seja, cursos periódicos sem sequência constante e organizados para atender aos problemas evidenciados do ponto de vista das instituições. Assim, perpetuam-se comportamentos institucionalizados e pré-estabelecidos, como a fragmentação das ações, hierarquização das relações de trabalho, individualização profissional e paroxismo técnico-científico (PEDUZZI, 2007).

No contexto da EP, suas ações partem de uma análise coletiva dos processos de trabalho para definir de maneira descentralizada, ascendente, e transdisciplinar, quais as dificuldades que se apresentam, de modo, a permitir a construção coletiva entre as estratégias contextualizadas entre as políticas de saúde, as singularidades dos sujeitos e de seus locais de trabalho (BRASIL, 2004).

O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, visando à democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e de gestão setorial, além do enfrentamento criativo das situações (BRASIL, 2007). A sua potencialidade advém da construção de políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e suscetíveis às transformações (LOPES *et al.*, 2007).

O sujeito no seu processo de trabalho através de uma autoanálise é capaz de percebê-lo de forma mais ampla e contextualizada ao ponto de se colocar de forma reflexiva; e, por consequência, ativa no que diz respeito às suas ações produtoras do cuidado.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), enquanto a EC coloca o cenário da prática como campo de aplicação da teoria, a EP enxerga que o cenário de prática fornece pilares necessários para a modificação da teoria, transformando assim, a própria prática.

A EP parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a qual almeja o desenvolvimento profissional e pessoal, que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS (CRIVELARO *et al.*, 2007; LOPES *et al.*, 2007; PASCOAL *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; BASIL, 2007 MAGALHÃES *et al.*, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2010).

Esta aproximação (educação e serviço) deve também ser articulada com diversos atores sociais que estão no cotidiano dos processos de construção do SUS. A novidade da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletiva e o aprendizado baseado na reflexão das práticas cotidianas. Por isso é útil e mais próximo da realidade para o profissional.

Nesse sentido, a EP, para Ceccim e Ferla (2009), é a própria construção coletiva que suscita um desafio em seus atores na educação permanente em saúde, pois convida à criação e a construção conjunta. É ainda um dos grandes desafios para a equipe o estímulo para a busca de novos saberes, sem que fosse utilizada a mera transmissão do conhecimento, ou seja, identificação de novas formas de aprender (Arruda *et al.*, 2008). Desse modo, é que a EPS caracteriza-se como parte constitutiva da gestão democrática, ou seja, ela é uma estratégia para a gestão participativa. Ela convoca novas ferramentas, como o exercício da escuta, poder de afetar e ser afetado, solidariedade no aprendizado e no caminhar com as diferenças, construindo, assim, pactos. Os profissionais, uma vez, impregnados com esse investimento, são capazes de transformar o seu cotidiano (MEDEIROS *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que a estratégia de EC é válida em alguns momentos do processo de trabalho e que a mesma não se apresenta de forma a excluir a construção da EP.

Ceccim (2004) e Merhy (2005) lembram que os processos envolvidos com educação permanente precisam ter a força de gerar no trabalhador, transformações da sua prática e, para isto, tendo como prerrogativa a capacidade de problematizar a

si mesmo no agir. À vista disso, originando, portanto, segundo o próprio Merhy (2005) um novo desafio: “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho”.

Para o desenvolvimento desta forma de construção do conhecimento, é importante que a educação permanente se estruture, a partir de metodologias ativas de aprendizagem. Surge, então, como resposta inovadora o enfoque problematizador, que busca a articulação entre a teoria e prática, a participação ativa do trabalhador e a problematização da realidade. A construção do saber é coletiva, crítica e inserida no contexto social (BRASIL, 2007; SILVA *et al.*, 2008; BRASIL, 2009; MATOS, 2010).

Esta metodologia utilizada para a formação de sujeitos críticos é baseada na proposta de Freire (2011), em acordo com a pedagogia libertadora e problematizadora, entendida como uma forma de ler o mundo no ambiente de trabalho.

Numa proposta libertadora, podem-se perceber dois momentos. No primeiro, os sujeitos oprimidos vão desvelando o mundo da opressão e vão refletindo o quê e como vivem no seu dia a dia de trabalho, comprometendo-se, na práxis (reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo), com sua transformação. No segundo, a realidade opressora já se encontra em processo de transformação e a pedagogia deixa de ser a do oprimido, passando a ser a pedagogia dos homens em processo permanente de libertação (FREIRE, 2011).

Outro eixo norteador da proposta de EP diz respeito à integralidade da atenção à saúde, uma vez que direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional, favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de saberes e vivências. Este eixo também representa o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (BRASIL, 2007; RODRIGUES *et al.*, 2010).

Na perspectiva da transformação, a EPS transita no sentido contrário ao da reprodução. Contudo, as forças instituintes e instituídas permanecem em movimento. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos.

Neste sentido, implementar os processos de EPS implica em trabalhar com uma estratégia que inclua o desenvolvimento de processos de mudança, em

especial, na prática do serviço de saúde e na instituição como um todo. Por conseguinte, a estratégia de EPS permite alcançar o desenvolvimento simultâneo do trabalhador e do trabalho, uma vez que a melhoria das competências organizacionais e prestações de serviços dos profissionais permitem melhorar a qualidade da atenção, garantindo, portanto, a maior satisfação dos usuários do serviço de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Diante disso, a literatura sobre o tema e os documentos oficiais da política de EPS permitem identificar um conjunto de características da concepção de EP: a valorização dos processos educativos dos profissionais a partir do cotidiano dos processos de trabalho, que influenciado por múltiplos fatores e dimensões, justificam o fazer nos moldes multiprofissional e interdisciplinar; a apropriação de estratégias contextualizadas e participativas de ensino; a articulação da gestão, atenção à saúde e controle social e; a busca da transformação das práticas de saúde, dado o reconhecimento dos limites das abordagens vigentes no atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários.

Destarte, no campo da saúde, toma-se a EP como um conceito-ferramenta, que são aqueles capazes de transitar na interface e nos limites disciplinares e construir espaços de aprendizado em outra expectativa (ABRAHÃO *et al.*; 2011). Ferramenta pela possibilidade concreta de mudança sobre o processo de trabalho e saúde que este conceito aporta, uma vez que a EPS possui a potencialidade para promover um processo de valorização e resgate dos trabalhadores, propondo a reflexão e análise do seu próprio processo de trabalho. Logo, possibilita mudança no modo de se perceberem enquanto sujeitos ativos nesses espaços e tornam-se capazes de transformar suas práticas.

CAPÍTULO 3

4 GRUPO

Viver em grupo é uma condição do ser humano. É difícil compreender o comportamento humano sem considerar o papel que os grupos têm na vida das pessoas. É a partir da vivência em grupos que o ser humano compreende os fatos e os acontecimentos, e também a si mesmo, profundamente influenciado por um sentimento de acolhimento, rejeição ou pertencimento (RODRIGUES, 2004).

Nesse estudo, não consideraremos os conceitos e as definições de grupo expostas aqui como acabadas. Pelo contrário, a pretensão é abordar a complexidade e a dinamicidade que esse conceito comporta em dependência do contexto em que for utilizado.

A palavra italiana *groppo* ou *gruppo* surgiu pela primeira vez no século XVII, para designar uma expressão artística ou retratar um conjunto de indivíduos, mas foi no século XVIII que este vocábulo se expandiu e passou a significar “reunião de pessoas” (BARROS, 1994).

O tema grupo tem sido uma preocupação de vários autores, desde a década de 1920. Estudos de Elton Mayo e Kurt Lewin, na área da psicologia social, salientaram o comportamento dos indivíduos em grupo, produzindo, conseqüentemente, um saber e uma prática sobre esse modo de organização das pessoas, ou seja, a grupalidade (RODRIGUES, 2004).

Para Levine e Moreland (2006) as definições usadas para o termo grupo, enfatizam diferentes características como a interdependência, a comunicação, a influência, a estrutura e a partilha de identidade.

No entrecruzamento de várias ideias e definições, pode-se perceber a atribuição, pelos autores, de duas características essenciais ao termo grupo: a interdependência/interação e a pertença/identidade.

Segundo Moreno (1970), a definição de grupo está entrelaçada com a existência de reciprocidades positivas entre os seus membros, o que transforma um grupo num sistema de relações intencionalmente ordenadas, sendo que, quando este cenário ocorre de forma aleatória, não estamos na presença de um grupo.

Em corroboração Lewin (1988), afirma que um grupo não se define pela simples proximidade ou soma dos seus membros, mas como um conjunto de pessoas interdependentes.

Em adição, Lapassade (1989, p.14), define grupo como “(...) um conjunto de pessoas em relação umas com as outras e que se uniram por diversas razões: a vida familiar, uma atividade cultural ou profissional, política ou esportiva, a amizade ou a religião”.

Pode-se perceber em tais autores a preocupação em caracterizar a relação existente nos grupos, o que estaria por trás da formação, da aproximação dessas pessoas e o que as manteria ligadas. A ideia de partilharem algo em comum (valores, causas, objetivos, sonhos) e estabelecerem relações positivas uns com os outros é uma percepção destacada num grupo.

Se recuarmos no tempo, verificamos que Homans (1950) também enfatiza a interação afirmando que um grupo significa um número de pessoas, as quais frequentemente se comunicam entre si por um período de tempo, e que são suficientemente poucas, ao ponto de que cada uma é capaz de estabelecer comunicação com todas as outras, não indiretamente, por meio de outras pessoas, mas face a face. Homans (1950), além de defender a comunicação como uma peça essencial na existência do grupo relaciona-a com o número de pessoas e a sua formação (que seria reduzido) de modo que possibilitasse haver uma interação mediante contato direto.

Analisando a nossa história, podem-se resgatar alguns movimentos, por exemplo, os sindicais, que por vezes se fortaleceram e lutaram por uma causa em comum. Entretanto, eram representados por um número significativos de adeptos.

Diante da perspectiva de Homans, os mesmos não poderiam ser considerados como grupo.

Nessa direção, Hansen, Warner e Smith (1976, p. 5) definem grupo como

mais do que uma coleção de pessoas, onde os seus membros partilham atitudes e valores comuns, aceitam-se uns aos outros e relacionam-se uns com os outros. Aceitam a pertença no grupo para lidar com os problemas que têm em comum, assim como para satisfazer algumas necessidades individuais.

Estes mesmos autores deixam de lado a questão numérica levantada por Homans e se concentram em enfatizar a aceitação mútua dos membros, a identificação do que é “comum” em prol de lidarem com os problemas e obterem respostas a determinadas necessidades próprias.

Para Freud (1921p. 2584), formação do grupo baseia-se nos laços afetivos e libidinosos que surgem entre os seus membros, não deixando o indivíduo de pertencer passivamente ao grupo, apesar deste quadro de forças irracionais. Pois, uma vez que vínculos grupais são estabelecidos sem muitas direções, esses vínculos o ajudam a equilibrar a sua personalidade.

Tajfel e Turner (1986, p. 15) abrangeram a ideia de pertença para a definição de grupo, que segundo os autores “é uma coleção de indivíduos que se percebem como membros de uma mesma categoria social, que partilham algum envolvimento emocional neste sentido de pertença e no grau de consenso social, assim como acerca da evolução do seu grupo e da sua pertença a ele”.

Percebe-se que, mesmo Freud colocando um fator ainda não mencionado pelos demais autores como influenciador da formação do grupo (a questão dos laços libidinosos), o autor compartilha com Tajfel e Turner à ideia de pertencimento. Independente das forças irracionais, que por vezes fazem parte da aproximação das pessoas, formando um grupo, Freud defende a passividade dos vínculos formados, e a sensação de identidade e acolhimento que se tem em um grupo.

Mais recentemente, a interdependência, definida por muitos autores como uma característica chave, aparece associada ao resultado ou alcance de uma meta. Este fato pode ser constatado nas definições de Bilhim (2001) e Câmara (1997, p. 15) que definem grupo como uma “reunião de dois ou mais indivíduos que interagem, numa relação de interdependência, tendo em vista a realização de objetos específicos”.

Neste mesmo sentido, Pichon-Rivière (1988, p. 42), na perspectiva de sua origem, da sua função e da sua formação, aponta que o grupo possui uma tarefa a ser alcançada, que pode estar implícita ou explícita. O autor afirma que o elo que reúne as pessoas seria justamente essa tarefa.

De fato, os autores Bilhim (2001), Câmara (1997) e Pichon-Rivière (1988, p. 42) avistam no objetivo em comum, na semelhança das tarefas a serem realizadas, algo que une as pessoas, que dão sentido a sua apresentação na forma de “grupo”.

Lewin (1988) também traz na sua definição de grupo a ideia de pessoas reunidas com um objetivo comum. Mas ele vai além ao dizer que uma vez que essas pessoas tenham estabelecido relações entre si, terão uma totalidade que não mais poderá ser identificada com os indivíduos que a compuseram.

Quando se transforma a condição de indivíduos na condição de grupo, de fato, isso nos remete a uma ligação imaginária e, a partir desse ponto, o desejo e os sonhos dos membros entram em consonância, assim como são compartilhadas as suas habilidades (OBERLÉ, 1999).

Nesse sentido, apesar de Le Bon (2005) perceber o grupo como algo além da soma e da média dos seus elementos, argumentando que, dessa maneira, se verifica uma combinação e o surgimento de novas características, ele apresenta uma concepção negativa do grupo. Le Bon argumenta que quando alguém se junta a um grupo, especialmente a um grupo grande, abdica parte da sua individualidade, ficando, assim, mais facilmente susceptível e influenciável. Para o autor, uma massa é sempre intelectualmente inferior ao homem isolado, sendo guiada pelo instinto e pela emoção, o que traz perigo.

Barros (1994), por sua vez, apresenta uma visão positiva do grupo enquanto um elemento rico e diversificador; entretanto, salienta que se deve ter cautela ao afirmar que um grupo é mais do que uma coleção de pessoas, pois se pode gerar um equívoco ao pensar no grupo como algo dado em si mesmo, quase como um indivíduo, ou uma totalidade.

Segundo autor, considerar o grupo enquanto tal é ignorar a força existente na relação entre os sujeitos que formam e conformam as várias linhas de sentir, perceber e verbalizar. Ainda para Barros (1994), o grupo não deve ser um mero concentrador de indivíduos hierarquizados, mas sim um potente gerador de desindividualização. O contato com o outro pode destituir o eu de seu lugar emanador e sobrecodificador (BARROS, 1994).

Assim, na medida em que nos organizamos em grupo e vamos formando-nos dentro dos mesmos, apesar da existência e do compartilhamento de objetivos e percursos semelhantes, o grupo é sempre formado por indivíduos, os quais vão possuir suas especificidades, diferenças. É nesse ponto que se encontra a riqueza. O encontro com o outro é capaz de nos retirar da zona de conforto, nos trazendo a capacidade de trocas, a possibilidade de fusão dos conhecimentos e a oportunidade de se reconstruir movimentos.

Por outro lado, há aqueles que acreditam no grupo para além da existência dos indivíduos que o compõe, como por exemplo, Allport (1923), que na sua abordagem individualista, nega a existência do grupo como entidade real. Para ele, no sentido científico, não existe uma só vez em que o indivíduo seja real, pois só ele pode pensar, sentir e atuar. Os grupos seriam, assim, abstrações, existindo apenas o comportamento dos indivíduos, sendo que o comportamento de todos não é mais do que o comportamento de cada um separadamente, podendo, assim, os grupos serem totalmente compreendidos a partir da perspectiva individual.

Allport (1923), com isso, desconsidera a potência da interação dos indivíduos no surgimento de novas características, na evolução dos ideais e na possibilidade de mudança diante do convívio com o outro.

Além das conceituações acima referidas, um recurso com grande potência para considerar o grupo, não como abstração, mas como um conjunto de práticas históricas concretas, é oferecido pela abordagem da Análise Institucional (AI). Esta, na vertente da Socioanálise (L'ABATTE, 2003), nasceu exatamente de uma crítica às formas de trabalho grupal que têm o foco da sua ação no próprio grupo (LAPASSADE, 1989; RODRIGUES, 1997, p. 40-88).

Tal crítica articula-se ao conceito de *Instituição* elaborado no final da década de 1960 por René Lourau, no qual o autor distingue instituição de estabelecimento, ao considerar toda instituição como uma síntese dialética, e, portanto, contraditória de três momentos: instituído, instituinte e institucionalização (LOURAU, 1975, p. 118-143).

A busca por uma teoria que abordasse os grupos na AI não é nova. No início dos anos 1960 e 1970 do século XX, havia uma forte ideia de trabalhar a noção de “contra-instituição” como algo alternativo. “Era uma crítica ativa, instituinte, que supunha escolhas políticas, organizacionais, materiais; recusa a colaborar com o

Estado e com o capital; transformação da célula familiar; trabalho comunitário ligado ao militantismo de novo tipo” (LOURAU, 2004, p. 177).

O dispositivo grupo produz subjetividades e subjetivações. A subjetividade é constituída de: linhas duras ou molares, que detêm a divisão binária do sexo, profissão, classe social; linhas flexíveis ou moleculares, que possibilitam zonas de agenciamentos, linhas de fuga. Em outra formulação, linhas duras são denominadas subjetividades ou modo hegemônico de ser, enquanto as linhas flexíveis são chamadas de subjetivações ou modos singulares, diferentes e emancipatórios de constituir o sujeito, puro devir (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 96).

Dessa forma, o acontecer grupal ou o grupo “em ato” pode ser entendido como uma Instituição, ou seja, embora contendo certa “estabilidade”, todo grupo encontra-se atravessado por forças transformadoras e até por forças de autodissolução, num ininterrupto movimento contraditório: forças que se revelam equilibradas em alguns momentos e completamente desajustadas em outros. Assim, em cada grupo há várias instituições em jogo, logo, é esperado que conflitos sejam mobilizados de forma permanente, a partir das diferentes questões instituídas e instituintes que atravessam o grupo e que têm potência para provocar (ABRAHÃO, 2004).

A partir das definições unidimensionais ou multidimensionais expostas acima, percebe-se que cada uma delas capta algo importante dos grupos e, diante de tais proposições teóricas, podemos conceber o grupo como um verdadeiro dispositivo.

Cabe lembrar que no dicionário, dispositivo é aquilo que contém disposição, pois o mesmo tem o poder de tensionar, deslocar e modificar aquilo que está posto, tal como afirma Deleuze (1988)⁵ apud Benevides (1997, p. 185): “máquinas que fazem ver e falar”. Ou seja, os grupos possuem uma força impulsionadora, capaz inclusive de provocar um deslocamento de espaço das angústias vividas fundamentalmente como individuais, abrindo canais de contato com o aspecto coletivo que nos constitui.

Assim, o dispositivo grupo provoca outros agenciamentos e “é daí que o singular ganha expressão, emergindo do coletivo-multiplicidade, convidando as identidades ao mergulho na agitação das diferenças” (BENEVIDES, 1997, p. 191).

⁵ DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? **Michel Foucault. Philosophe rencontre Internationale**. Paris: Deux travaux Seuil. 9, 10, 11 Janvier, 1988.

Ante ao exposto, entende-se o grupo como um conjunto de pessoas que se aproximam por diversas características em comuns, pela consonância de um ou mais objetivos, além do sentimento de acolhimento e a sensação de pertencimento àquela formação.

Na discussão do grupo entendido como uma totalidade, anulando seus indivíduos ou sua inexistência enquanto coletivo deve-se ficar com a ideia do indivíduo que, num movimento coletivo, é submetido ao atravessamento de forças diversas, contrárias, em múltiplas direções, as quais impossibilitam uma inércia diante do pulsar das transformações, sejam elas sociais, históricas e ou políticas.

É nesse contexto que este trabalho se articula, uma vez que no interior do hospital vários grupos são formados e aquilo que é instituído convive num movimento permanente com o instituinte, trazendo à tona períodos conflitantes que alternam com breves períodos de equilíbrio, por meio de uma linha tênue num movimento de ir e vir.

Identificar esses grupos, dar voz e tornar consciente a força que os mesmos possuem é uma forma de contribuir para o fortalecimento da autogestão desses trabalhadores.

5 PERCURSO TEÓRICO- METODOLÓGICO: PESQUISA INTERVENÇÃO

Trata-se de uma pesquisa (pesquisa intervenção) em que as práticas sociais e os referenciais que lhe dão sentido se produzem simultaneamente. Nesse sentido, o conhecimento e a ação sobre a realidade são desenvolvidos no curso da pesquisa, de acordo com a análise e decisões da coletividade envolvida. Ou seja, a presença ativa do que é analisado e do analista é garantido no caminhar do processo.

A pesquisa, ora apresentada, contém os resultados de um estudo descritivo, em que os aspectos ligados aos espaços nos quais se propõem as reflexões num hospital público em relação aos integrantes da equipe de enfermagem, na perspectiva de produção de barreiras ou acessibilidade ao cuidado em saúde, foram observados, analisados e interpretados.

O estudo descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (SILVA; MENEZES, 2001).

Sendo assim, de acordo com o perfil do estudo proposto, consideramos a abordagem qualitativa mais produtiva e próxima da sensibilidade que o fenômeno estudado demanda, tornando-se a abordagem de escolha. A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

5.1 A pesquisa-intervenção e o seu referencial teórico-metodológico: a análise institucional

A pesquisa intervenção traz como referencial teórico a Análise Institucional. Optou-se pela mesma por ser uma metodologia coerente com os pressupostos teóricos abordados na pesquisa e por proporcionar subsídios que nos permitirão responder às demandas presentes no campo.

O estudo se deu a partir de práticas baseadas em alguns conceitos que envolvem a AI, entretanto, não se teve a pretensão de se trilhar todos os caminhos dela, e sim em se utilizar de alguns conceitos que dialogam com o estudo, tais como: autogestão, instituição, implicação e analisadores, preconizando, assim, um trabalho de análise da complexa rede de saber e poder existente no serviço estudado.

A palavra intervenção está ligada ao maior desenvolvimento da AI (uma das correntes institucionalistas que rejeita padrões, verdades preconcebidas, luta contra toda forma de discriminação, exploração e dominação social), na década de 1960, na França, num período caracterizado por fortes movimentos que questionavam o modo como vinha funcionando algumas instituições, como por exemplo, a Psiquiatria (PEZZATO, 2007).

E foi em busca da produção de outra relação entre teoria e prática, e, do mesmo modo, entre sujeito e objeto que a palavra intervenção se uniu à pesquisa (BARROS, 2007).

L'ABBATE (2005) afirma que a AI nasceu da articulação entre teoria e prática, pesquisa e intervenção; e que, para atingir o seu objetivo de compreender uma dada realidade social e organizacional, valoriza os discursos e práticas dos próprios sujeitos, trabalhando, para tanto, com o conceito dialético de Instituição.

Nesta perspectiva, podem-se considerar dois campos dentro dos movimentos surgidos na sociedade francesa, nos anos 1940: a análise institucional e a socioanálise, as quais utilizam a perspectiva dialética, e cujos representantes são Renén Lourau e Georges Lapassade e; a esquizoanálise, baseada na filosofia da diferença, inspirada em Felix Guattari e Gilles Deleuze (L'ABBATE, 2003). No Brasil, essas duas correntes são difusas, pois se tem a migração de conceitos de uma para a outra.

LOURAU (1975, p.45) afirma que a socioanálise é um método de intervenção determinada pela AI; é, na verdade, a aplicação da mesma na prática dos grupos. E

completa dizendo que “trata-se, enfim, de nomes diferentes para um mesmo projeto”.

Num primeiro momento, se tem socioanálise centrando-se no grupo. Posteriormente, com as produções intervencionistas de Lourau e Lapassade, se tem a possibilidade de articulação entre o grupal, o organizacional e o institucional. Para que ocorra uma intervenção socioanalítica esses autores consideram necessária a existência de alguns passos: análise da encomenda e da demanda, autogestão (da livre expressão), elucidação da transversalidade, análise das implicações do pesquisador e a elucidação dos analisadores (HESS, 1993)

Retomando a proposta de trabalho da AI, no que diz respeito à lógica dialética, se tem o conceito da autogestão, do qual não devemos omitir o seu lado político. Esse conceito, considerado por Lourau (1993) é um dos mais contraditórios.

Sua contradição e complexidade se explicam porque vivemos no mundo regido pela heterogestão. Isto é, permitimos ser geridos “por outrem”, e isso é visto com naturalização, que é responsável pela nossa alienação diante da nossa autonomia e liberdade. E, dessa forma, a autogestão se relaciona com a implicação, uma vez que é muito dolorosa a análise das nossas implicações do lugar que ocupamos e, diante do “difícil”, julgamos mais fácil deixar que pensem por nós, que decidam por nós (LOURAU, 1993, p. 14). Tudo isso, numa falsa impressão de retirar o peso da nossa responsabilidade, como se dessa forma não fôssemos mais atingidos e estivéssemos imunes das repercussões em nossas vidas.

É considerando a importância do conceito de Instituição para a AI, que se busca trabalhar o mesmo. Existem inúmeras possibilidades de conceituar Instituição, a qual é originária das diferentes ciências.

Destacando uma definição que coloca a Instituição na direção de um movimento dinâmico e dialético, vamos ter LOURAU (1975) apresentando o resultado desse movimento em três momentos: instituído (tudo aquilo que está posto, estabelecido, as regras, as normas, o que é universal); instituinte (são as particularidades, representada pela negação, contestação do que está posto, colocação em questão do instituído) e; a institucionalização resultante da relação do instituído e instituinte. Esta relação se mantém num perpétuo devir e jamais numa síntese definitiva, e que ora entra em desestabilização e ora está equilibrada.

A Instituição possui uma face escondida, ela não se mostra imediatamente ao observador/pesquisador. E é exatamente essa faceta que a AI se propõe explorar

(LOURAU, 1975). Para dar conta disso, lança mão de alguns conceitos já mencionados aqui, entre os quais destacamos a autogestão, implicação e analisador.

Trabalhando o conceito de implicação percebe-se que a sua análise se constituiu no “escândalo da Análise Institucional”, onde o lugar inquestionável, sagrado dos especialistas foi colocado em questão (LOURAU, 1993). Tal afirmação nos mostra o poder instituinte desse conceito e o caráter revolucionário, uma vez que levanta a necessidade de se analisar os vínculos afetivos-libidinosos, políticos e institucionais de qualquer pesquisador.

LOURAU (2004, p.190-91), analisando a gênese teórica do conceito de implicação, afirma que:

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais – mas a análise dessa implicação. [...] a implicação, por sua vez, deve ser analisada individualmente e coletivamente, o que supõe atividade intensa e, muitas vezes, penosa. [...], é que a implicação se encontra camuflada pela sobreimplicação, mantida à sombra da última.

Para o autor, é somente a partir desse movimento de tornar consciente a nossa implicação que estará demarcada, para o pesquisador/analista, a posição frente à neutralidade da sua pesquisa.

O conceito de implicação está intimamente relacionado, inicialmente, com um conceito de origem psicanalítica: a contratransferência, que se baseia na reação que o usuário analisado (o material oriundo do mesmo) produz de forma consciente e inconsciente no analista, no caso da A.I., na relação entre o pesquisador. Mas o processo de implicação não se resume ao fator psíquico, ele tem multifacetado, e como tal deve ser entendido como um processo social, político, econômico, e etnológico, etc. (BAREMBLITT, 2002).

Compreender a implicação perpassa pela noção de constituir-se de um conjunto de relações que o intelectual recusa, conscientemente ou não, de analisar na sua prática. Essas relações podem estar ligadas com os seus objetos de estudo, com a família, sua cultura, com a instituição, como o dinheiro, o poder, a libido. Enfim, com a sociedade da qual ele faz parte (LOURAU, 1981). Por isso a importância da análise de todos os atravessamentos ali presentes (sexo, idade,

raça, posição socioeconômica, crenças, formação profissional, dentre outros) (GUATTARI, 1981).

Dessa forma, Lourau (1983) nos aponta para diversas possibilidades de estabelecimento de implicações: as relativas aos nossos próprios pertencimentos sociais, econômicos, profissionais, políticos, libidinais e históricos; as implicações enquanto pesquisadores, com nosso objeto de pesquisa, com a instituição pesquisa ou outra instituição qualquer presente em nossa equipe de trabalho e; as implicações com nossas próprias produções acadêmicas, as referentes às demandas sociais, dentre outras. Fazendo-nos ver que há diferentes forças presentes em nosso campo de atuação, possibilitando, em muitos momentos, emergir acontecimentos e propiciando análises (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008).

É tomando a forma de pensar no cotidiano, em como vêm ocorrendo as nossas diferentes intervenções, que a análise das nossas implicações se configura como proposta, permitindo, dessa forma, trazer para o campo da análise, os sentimentos, percepções, ações e acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, desviados e errôneos que impediriam uma pesquisa/intervenção ser bem sucedida (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

É importante ter em mente que a implicação é algo que independe das nossas vontades (diferente de estarmos engajados), pois é uma relação que sempre estabelecemos com as instituições com as quais nos encontramos ou que nos constituem ou que nos atravessam. Então, implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, de ato voluntário. É algo que está no mundo, que é inerente à vida.

No sentido de ampliarmos essa ferramenta, que é a análise das nossas implicações, iremos pensá-la segundo as contribuições trazidas por Deleuze (1996) a partir do conceito de dispositivo. Para ele, o dispositivo é um conjunto de múltiplas linhas, de diversas naturezas que seguem diferentes direções, formando processos sempre em desequilíbrio. Cada linha encontra-se quebrada e está submetida às mais variadas direções. Ou seja, os dispositivos estão sempre produzindo objetos, sujeitos, práticas, e Deleuze os percebe como “máquinas de fazer ver e de fazer falar” (p.84).

Completando o sentido acima, o mesmo autor diz que “cada dispositivo tem o seu regime de luz, uma maneira como cai a luz, se esbate e se propaga, distribuindo

o visível e o invisível, fazendo com que nasça ou desapareça o objeto que sem ela não existe” (DELEUZE, 1996, p.84).

Esse “fazer ver e o fazer falar” sempre está relacionado com as peculiaridades e especificidades dos encontros, de modo que existem várias possibilidades de como a luz cairá, se propagará, se distribuirá, podendo, assim, revelar, fortalecer ou desaparecer com alguns sujeitos, objetos e saberes.

Entretanto, os pesquisadores que se lançam à análise das implicações precisam saber do risco de caírem na sobreimplicação. Tal conceito deriva do conceito de implicação, e trata-se da dificuldade de análise. Ao passo que, mesmo que seja feita, pode-se ter como referência apenas um único nível, um só objeto, não levando em consideração as diversas dimensões, impedindo que as multiplicidades se façam presentes, e que as diferentes instituições sejam analisadas (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008).

Dessa maneira, quando tomamos a análise de implicações como um dispositivo para problematizar as práticas, estamos consolidando o caráter político de toda e qualquer intervenção. Ao desnaturalizarmos os lugares instituídos de saber/poder, que ocupamos em muitos momentos, estamos demonstrando a nossa implicação política, dentre muitas que nos atravessam.

E o universo investigativo se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa, considerando os efeitos do processo do pesquisador no objeto da pesquisa e sendo por ele também influenciado (PASSOS *et al.*, 2009, p.17).

A pesquisa-intervenção, ou apenas a intervenção, como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos - pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento - se constituem no mesmo momento, no mesmo processo (BARROS, 1994, p. 309).

Desse modo, é de maneira indissociada que a pesquisa vai se construindo com a intervenção, ao passo que a própria prática de pesquisar trará a tona práticas intervencionistas que, juntamente com as forças em movimento na instituição, irão agir diretamente no percurso desta pesquisa, traçando-a na processualidade e complexidade dos investigados.

Temos então que a pesquisa-intervenção traz como proposta criar dispositivos de análise da vida dos grupos, na sua diversidade qualitativa. Assim, caracteriza-se como uma forma de realizar pesquisa de ação de modo não prescritivo, sem regras e objetivos previamente formulados, não assumindo,

entretanto, uma ação sem direção; e tendo como alvo o movimento, as rupturas que as ações individuais e coletivas imprimem no cotidiano (ROCHA, 2006).

Diante do exposto, nota-se que a metodologia escolhida, pelas características previamente citadas, vai ao encontro da estratégia de EP e ao dispositivo grupo, explorados na presente pesquisa.

Os acontecimentos que produzem rupturas, que catalisam fluxos, que produzem análise, que decompõem são denominados de analisadores. E é o processo de intervenção quando disparado que faz surgir os acontecimentos reveladores (PASSOS; BARROS, 2000). Então, denominamos de analisador este movimento de desnaturalização produzido por estratégias de intervenção de acordo com o modo como os pesquisadores colocam em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e sendo capazes de construir novas práticas (ROCHA; AGUIAR, 2003).

O processo de intervenção está associado à construção e/ou utilização desses analisadores que produzem uma desnaturalização, a qual Barros (2007, p.31) afirma ser permanente da instituição, incluindo a própria instituição da pesquisa e da análise.

Os analisadores são manifestações contrárias ao instituído, que revelam o oculto da instituição. De acordo com L'ABBATE (2006), o conceito de analisador foi criado por Félix Guattari, segundo o qual “o papel do analisador parece consistir em trazer à luz certas situações e levar o conjunto do grupo a não poder safar-se demasiado facilmente de sua verdade” (p.).

Segundo Lourau (1993), analisador é o que agita a Instituição, é o que de uma só vez permite surgir uma análise, revelando movimentos antes invisíveis.

O efeito de um analisador é sempre o de revelar algo que permanece escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar um sentido diferente à fatos já conhecidos. Isto vale, tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos (os exemplos são inúmeros: a escravidão na Grécia Antiga; o proletariado na sociedade capitalista, o movimento de maio de 68 na sociedade francesa, etc.), como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos. Em ambos os domínios, descobrir e assinalar quais são os analisadores vai depender da sensibilidade e do treino do socioanalista (L'ABBATE, 2004, p. 82).

Um analisador faz, então, uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo.

Percebe-se, assim, a importância dos analisadores para o pesquisador institucional, que deve buscar identificá-los (quando se tratar de fenômenos produzidos espontaneamente pela própria dinâmica institucional) ou buscar construí-los com a finalidade investigativo-interventiva, para que possam ser manifestados e denunciados os aspectos institucionais conflitantes, reprimidos, inconscientes, ao mesmo tempo em que albergam os elementos para dar início ao processo do seu próprio conhecimento.

5.2 Sobre os sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo os profissionais que frequentam o espaço de quarta-feira (descrito a seguir). Em sua maioria enfermeiros e técnicos de enfermagem, dos diferentes setores do HPJ, numa média de 27 pessoas. Este número corresponde ao total de pessoas que participaram da pesquisa, constituindo, portanto, uma amostra de conveniência.

Os critérios para a participação do estudo seguiram a seguinte ordem: possuir vínculo empregatício com o HPJ; atuar na profissão de enfermagem a mais de um ano; frequentar regularmente o espaço do grupo. Os critérios de exclusão considerados foram: profissionais sem experiência no campo da Saúde Mental; alunos ou estagiários de graduação no campo da saúde; profissionais que atuam fora do HPJ.

Como forma de preservar o anonimato dos sujeitos, optamos por nomeá-los por flores. Assim, as falas serão referidas de acordo com esta nomenclatura.

5.3 Cenário da pesquisa: sobre o espaço de quarta-feira

O HPJ conta com dois setores para pacientes agudos: Setor de Internação de Agudo Feminino (SIAF) e Setor de Internação de Agudo Masculino (SIM); um setor de observação no Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI); Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças (SIAC); Serviço de internação para usuários de álcool e outras drogas e; Setor de Internação de Longa Permanência (SILP).

Trabalham no hospital uma média de trezentos e cinquenta funcionários, dentre eles psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas

ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, musicoterapeutas, médicos clínicos, acompanhantes terapêuticos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de pessoal de apoio administrativo, manutenção e segurança. Há programas de residência médica e de saúde mental, e estágios curriculares e extracurriculares multiprofissionais.

O espaço que optei frequentar de maneira mais crítica foi o grupo de apresentação de casos, que ocorre às quartas-feiras e que está constituída há aproximadamente quatro anos. A escolha desse espaço se justifica pelo meu interesse no movimento da equipe de enfermagem (composta pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) participar ou ter um espaço para debate acerca de seu processo de trabalho. E também por esse espaço, apesar de aberto a todos do hospital, ser capaz de reunir uma representatividade desses profissionais (15, em média) oriundos das diversas enfermarias/setores do presente hospital.

Na verdade, o fato de haver uma concentração de profissionais de enfermagem maior, não é algo que ocorre por acaso. Tem a ver com o modo e o objetivo pelo qual o grupo foi formado; a sua origem.

Esse espaço foi originalmente organizado por uma professora da UFF, preceptora dos acadêmicos de enfermagem na disciplina de Saúde Mental no campo prático, do Curso de Graduação em Enfermagem; pela, então, coordenadora da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ e; por um membro da Divisão de Ensino e Pesquisa, também coordenador do Programa de Acompanhantes Terapêuticos.

Os acadêmicos do 9º período do curso supramencionado, ao final do período de estágio, eram convidados a dividirem suas experiências sobre o encontro que tiveram com o campo de saúde mental, enquanto membros integrantes (por um período de tempo determinado) de uma equipe multidisciplinar. Neste encontro, se poderia apresentar um estudo de caso relacionado a um usuário do HPJ, e que por algum motivo despertou o interesse no acadêmico, durante o estágio.

Nesse espaço, os profissionais dos diversos setores eram convidados a estarem presentes para que pudessem dividir esse momento e também tomar conhecimento do que foi produtivo para os acadêmicos e das suas dificuldades. E, desse modo, poderem avançar na qualidade do estágio. Era natural que os setores fizessem um esforço maior para que a equipe de enfermagem pudesse ser liberada,

uma vez que os mesmos tomavam para si a responsabilidade do direcionamento desses alunos nos respectivos setores.

Posteriormente, a partir de um movimento iniciado no interior do SIAF, em que a equipe de enfermagem passou a discutir, refletir, e, mais tarde, escrever sobre o cotidiano do trabalho com os usuários, as dificuldades dos casos, as dificuldades pessoais de cuidarem de determinados usuários e da relação uns com os outros; passaram também a se colocarem de outra forma: passaram a se permitirem participar com mais afinco do grupo de discussão ao escrever e dividir sobre os usuários internados.

5.4 Instrumentos e método de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante as reuniões do grupo de quarta-feira, entre o período de outubro de 2012 a abril de 2013, totalizando oito encontros. Para tanto, foram empregados os seguintes métodos e instrumentos de coletas de dados:

- Observação em campo: ajuda a identificar e obter provas a respeito dos objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2006).
- Diário de Campo: ferramenta que permite descrições, comentários, reflexões, ideias e questionamentos que surgem ao longo da pesquisa.

A abordagem íntima presente no diário, quando utilizada na ciência ou na prática científica, faz do diário um dos suportes mais flexíveis para uma nova escrita que exige a análise das implicações do pesquisador, do observador, do auxiliar de pesquisa, do professor, do terapeuta e, porque não, de outros profissionais (tradução livre da autora⁶ – LOURAU, 1988, p. 24).

- Grupo de discussão: a escolha deste instrumento para coleta de dados se justifica pelo fato de proporcionar maior espontaneidade e riqueza de detalhes na expressão dos participantes, os quais poderiam estar prejudicados durante uma entrevista individual.

⁶ “La tendance au débordement intimiste du diarisme à intention “scientifique” ou pratiqué par des “scientifiques” fait du journal l’un des supports les plus souples pour l’écriture nouvelle qu’exige l’analyse des implications du chercheur, de l’observateur, du chercheur-praticien, du formateur, du thérapeute et, pourquoi pas, de bien d’autres professionnels.”

Os grupos de discussão representam um instrumento por meio do qual o pesquisador estabelece uma via de acesso que permite a reconstrução dos diferentes meios sociais e do *habitus* coletivo do grupo (WELLER, 2006). Nesse caso, os sujeitos são compreendidos como representantes do meio social em que vivem e não apenas como detentores de opiniões.

5.5 A construção do diário de campo

O diário de campo consiste num compilado de experiências, observações e sentimentos de um investigador/pesquisador, sendo primorosa a adoção deste recurso metodológico para uma análise acurada de estudos com uma abordagem qualitativa (MANNING; CULLUM; 1994).

Dessa maneira, o diário foi construído por se acreditar que um pesquisador ao utilizar desse instrumento se coloca num diálogo íntimo, uma conversa consigo mesmo, podendo tomar consciência do seu fazer e desnaturalizar sua “neutralidade” diante da pesquisa.

Segundo Lourau (2004), o diário de campo representa uma técnica de reconstruir, a partir da prática da escrita, o trabalho que foi percorrido no campo, permitindo produzir um conhecimento através dessa vivência. Sendo possível, portanto, a espontaneidade e eventualmente a força do sentimento, a parcialidade de um julgamento, enfim, a falta de distanciamento. Nesse sentido, o diário de pesquisa estaria como uma narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, representando um pesquisador implicado com e na sua pesquisa, capaz de refletir sobre e com sua atividade contínua.

E foi nesse contexto, e baseado nessas premissas que o diário de campo foi utilizado nesta pesquisa, o qual retrata um total de sete encontros consecutivos, ocorridos no que denominamos ao longo do estudo de “espaços de quarta-feira”.

Ao mesmo tempo em que a observação era realizada, era possível participar das questões discutidas. Optou-se por não utilizá-lo nos momentos em que o grupo estivesse sendo desenvolvido, a fim de evitar inibição por parte dos participantes e, desse modo, possibilitar maior liberdade do pesquisador para se colocar naquele espaço. Entretanto, no próprio dia, por volta das 18 horas, era realizado um movimento de recolhimento e reflexão a fim de se reproduzir às experiências, intervenções e indagações por meio da linguagem escrita.

Diante disso, no diário de campo desta pesquisa podem ser encontrados, além de registros, questionamentos e impressões, os quais são parte da análise do material, realizada à medida que ele era produzido, resgatando o seu aspecto histórico e social.

5.6 A dinâmica do grupo

Em busca de enriquecer o movimento de discussão no grupo, foi elaborado um caso analisador a partir da criação de um caso fictício (a partir da encenação de pequenas esquetes), do qual participaram Jasmin e graduandas bolsistas, representando a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), na operacionalização da esquete (SANCHES, 2012).

O caso analisador, ora denominado de “analisador artificial” pela AI, é construído pelo analista para ser utilizado como provocador das discussões em grupo. Ele foi estabelecido com base em situações colhidas a partir da produção do diário de campo e que conduziram os analisadores para a relação estudada.

As esquetes são representações de cenas curtas, com poucas falas e envolvendo poucos personagens. São utilizadas para ilustrar situações do dia a dia.

O convite para assistir às esquetes foi realizado por meio de um comunicado interno entregue em cada setor, como já ocorre normalmente durante a semana que antecede a quarta-feira prevista para realização do grupo.

Neste grupo, realizado no dia 24 de abril de 2013, com duração de aproximadamente uma hora, foram realizadas representações embasadas em algumas situações surgidas a partir da construção do diário de campo e trabalhados na forma de esquetes, através das quais se deu a discussão.

As questões escolhidas para serem explorados a partir das esquetes foram:

1. O silêncio
2. O sono
3. A resistência em sentar na roda
4. Figuras de poder
5. Trocas de saberes a partir das experiências
6. O desejo de fazer diferente

A esquete foi apresentada com apenas quatro personagens: P¹ - representando a técnica de enfermagem convidada a apresentar o caso; P² e P³ - representavam técnicos de enfermagem que participam do grupo e; P 4 -

representando o Copo de Leite (pessoa incumbida de comentar a apresentação). A partir da esquete, configurou-se uma encenação, em que organizamos as cadeiras num minicírculo, nas quais sentavam P¹, mais destacada que os demais, P² e P⁴. Fora do círculo, sentado em outra cadeira, estava o outro membro do grupo, que chamamos de P³.

Como tema do estudo de caso para P¹ relatar, escolhemos a história da enfermagem na Psiquiatria e suas várias mudanças ao longo da história. Durante a apresentação era possível observar o personagem P³ fechando e abrindo os olhos, como numa espécie de luta contra o sono, até que chegou um momento que ele fechou e não abriu mais até o fim do grupo.

As esquetes também retrataram o silêncio após o caso e a inibição diante do que chamamos, neste estudo, figuras de poder, entretanto, também retratamos momentos de trocas de experiências e o desejo de fazer diferente a partir das mesmas.

Antes do início da apresentação foi dado a escolha aos participantes para interromperem a representação se julgassem conveniente para alterar o curso dos acontecimentos, o que não ocorreu.

Com objetivo de construir um modo de coletar os dados necessários para a investigação, optamos por descrever as etapas que constituíram esta fase da pesquisa. Assim, ao longo do texto que se segue, apresentam-se os passos que foram realizados para análise e interpretação dos dados.

5.7 Análise e interpretação dos dados

Para análise dos dados identificados a partir da observação em campo, do diário de campo e da discussão, optamos pela análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Segundo Costa e Silva (2010) o objetivo dessa análise é o estudo da linguagem a partir da manipulação das mensagens, evidenciando os indicadores que permitem o acesso a diversos conteúdos explícitos ou não, presentes no discurso dos sujeitos. Visa à organização dos mesmos, a fim de tornar mais

simplificada a compreensão dos resultados obtidos na pesquisa, e se mostra de grande utilidade, quando usado em material não estruturado, sendo mais sensível para os dados em seu contexto.

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos foi utilizada a análise de conteúdo temática, pois, segundo Minayo (2007), esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente à saúde.

A análise do conteúdo mediante categorização temática pressupõe a formação de classes, categorias para agrupar os dados e, que facilita o processo de interferências advindas das informações fornecidas pelo conteúdo da mensagem. Dessa maneira, transmitindo mais visivelmente seu significado. A análise qualitativa realizada por meio da categorização significa:

Agrupar expressões emitidas acerca do tema a partir de suas semelhanças e em categorias escolhidas pelo próprio pesquisador, que poderá ser: semântica (categoria temática); sintática (a partir de verbos, adjetivos e outros); léxica (ordenamento da frase); ou expressiva (semelhança das características ou problemas de linguagem). A categorização deve ser homogênea, incluir todo o texto e nunca repetir o mesmo registro em duas categorias diferentes. Já a análise visa a compreensão desses dados apreendidos pela categorização, buscando uma percepção das manifestações. (LEOPARDI, 2001, p.151).

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. A operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto pode ser feita através de categorias conforme aponta a autora, são expressões ou palavras significativas em função da qual o conteúdo de uma fala será organizado.

Foi realizada, então, a transcrição do material resultante da discussão gerada no grupo após a apresentação das esquetes. Num segundo momento, ocorreu a leitura coletiva e análise do material em um encontro do Núcleo de Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde da UFF (espaço de produção de pesquisa, onde profissionais e estudantes de outras carreiras puderam explorar o material e auxiliar na categorização dos dados), decodificando as informações da comunicação verbal, usando como critérios para categorização dos dados a linha temática, realizando recortes, posteriormente, categorizados e agrupados por aproximação de conteúdo e tratamento dos resultados.

Com base nos dados obtidos e posterior avaliação, identificamos os seguintes núcleos de sentido apresentados a seguir.

5.7.1 Ser ouvido

“Ser ouvido” dentro da esfera comunicacional significa ter suas visões, concepções compreendidas e levadas em consideração. Este núcleo de saber está intrinsecamente relacionado com a forma que se coloca e participa do processo de trabalho, uma vez que se considera sua voz escutada na organização.

5.7.2 A dinâmica processual do trabalho em saúde

“A dinâmica Processual do Trabalho em Saúde” engloba os fatores, os condicionantes que fazem parte do processo de trabalho no campo da saúde.

5.8 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), tendo sido aprovado em outubro de 2012, sob CAAE: 03848612.0.0000.5243.

Aos participantes da pesquisa, para leitura, assinatura e retirada de eventual dúvida, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual previa o uso de gravador durante a apresentação das esquetes e assegurava a preservação das identidades dos participantes.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 Diário de campo

6.1.1 Espaço de quarta-feira, 10 de outubro de 2012

O segundo encontro, no qual também se adotou o formato de roda, contou com a participação de um maior número de pessoas. A sala encheu como há algum tempo não se via. Estávamos todos mais alertas. Não observei ninguém se entregando ao sono, algo que ocorre frequentemente. Mesmo com a descontração que a roda proporciona, a técnica de enfermagem que estava prevista para trazer as questões ficou ansiosa e nervosa pelo fato de ser ela a pessoa a ter que falar, se “expor”. Por diversas vezes disse estar nervosa, entretanto conseguiu se expressar e se fazer compreender. Ela tratou de questões sobre o setor de internação infantil. Enquanto ela falava, todos prestavam bastante atenção e ela pôde dizer da dificuldade de se encontrar um limite entre as normas institucionais e as exceções, diante de um caso de internação infantil e diante das famílias.

Nesse tipo de internação é permitida a presença dos pais num tempo que não é pré-estabelecido. Esse tempo é construído durante a internação, respeitando a importância do laço materno e observando sua implicação no presente caso. E isso, não se dá sem dificuldade e sem conflitos entre a equipe, a criança e seus pais.

Confesso que senti falta das inquietações dessa técnica, de ouvir suas aflições, e sobre o que achava de tal dificuldade e como se portava diante da

mesma. Quando aceitamos levar um caso, na verdade há muito mais do que uma simples narração dos fatos, existe uma implicação nossa de alguma forma e compartilham-se nossas angústias, incertezas, ressentimentos e medos. É nesses momentos que muitas vezes conseguimos auxílio e é possível avançar no tratamento dos usuários.

Percebi que, assim como eu, outras pessoas compartilhavam da curiosidade acerca dos cuidados e do dia a dia do trabalho num setor de internação infantil. Diante disso, sua apresentação contribuiu com o aprendizado de profissionais de outros setores que ali estavam a entender sobre a delicadeza da clínica infanto-juvenil. Em contrapartida, nós, participantes do grupo, contribuímos pouco para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pela profissional que relatava, talvez porque ela não tenha se mostrado.

Nesse momento, recordo-me da EP também como uma estratégia pedagógica, onde o aprender se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A reflexão sobre a prática propicia o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem. É nesse sentido que a educação permanente pode ser considerada como possibilidade de renovação da prática.

6.1.2 Espaço de quarta-feira, 24 de outubro de 2012

Cheguei ao encontro e a técnica que trouxe o caso tinha acabado de iniciar sua fala. As cadeiras não estavam arrumadas no formato de roda, mas, sim num semicírculo mal formado, em que, diante 'do quase círculo', as pessoas se sentiram à vontade para sentar fora dele. Eu mesma, embora ainda houvesse lugar dentro da roda, não sentei.

Hoje foi um dia em que eu não estava bem, em virtude de um acontecimento pessoal. Cheguei ao hospital muito triste, sentindo o meu coração apertado. Não estava tomada por aquele entusiasmo que me é de costume.

Voltando ao grupo, a técnica de enfermagem trouxe um caso de um usuário que se encontrava no Setor de Internação de Longa Permanência (SILP) (setor que atualmente foi unificado com o Setor Albergue). Tratava-se de um caso interessante, mas não me senti envolvida e nem tocada a contribuir com alguma fala e pude perceber que a discussão só permeou os membros do setor em análise, nesse caso a coordenadora e técnicos da SILP, além de Copo de Leite e Girassol, que normalmente costumam tecer comentários depois de cada apresentação.

Posteriormente, ninguém mais se pronunciou para emitir alguma dúvida, questionar ou dar contribuições.

Percebo que Copo de Leite e Girassol, por mais que sejam pessoas abertas ao diálogo e flexíveis ao movimento, de certa forma há neles uma figura de poder subtendida que é possível sentir no grupo. Exemplo é que há uma ordem nas falas, na maior parte das vezes. A palavra só é aberta ao restante das pessoas que estão naquele espaço após a fala de Copo de Leite (que costuma ser a comentadora dos casos) e, posteriormente, Girassol realiza algum comentário.

Fiquei pensando de que maneira os dois poderiam trazer certa formalidade para aquele espaço somente pela presença deles? Seria pela história, de ambos, construída no hospital? Poderia ter os cargos que os dois ocupam algo a ver com isso?

Percebi que havia um técnico de enfermagem dormindo e ele não estava sentado no “semicírculo”. Às vezes percebo que há certa resistência por parte dos profissionais em sentar e fazer parte da roda, como se eles tivessem a sensação de que, uma vez na roda, estariam mais “dentro” e convocados na discussão.

A experiência trazida para ser compartilhada foi sobre um usuário que já estava no hospital há cerca de 30 anos. Ele não tinha família e já chegara com transtorno mental bastante avançado.

Tanto a técnica que expunha o caso quanto os outros membros do presente setor, conseguiram transmitir o quanto já se caminhou de trabalho com esse usuário e o quanto no meio da sua desorganização mental há uma organização. Foram capazes de dar detalhes, os quais somente eram possíveis a partir de um trabalho longo e sensível.

Acabei me recordando de outros encontros, como quando, por exemplo, a temática foi usuários de drogas ou usuários menores de idade. Neste, o grupo ficou tocado, a discussão disparou várias dúvidas sobre essa clientela e os seus cuidados, além de outras contribuições também. Questionei-me, então, o motivo do desinteresse aparente dos que estavam ali escutando este novo caso.

Fui tomada a refletir o sentido que a roda poderia ter para esses trabalhadores. Sentar na roda, fazer parte dela representa um compartilhamento de responsabilidade, ao “fazer parte da roda” estariam sendo convocados a pensar em soluções para os problemas reais trazidos por eles próprios (para os quais não tinham respostas prontas e alguém externo ao cotidiano deles para dizer o que

deveria ser feito) e, diante disso, se transformariam em corresponsáveis pelas decisões tomadas. De certo modo, saindo da posição de passivos, indo a caminho da autogestão e saindo do conforto e falso acolhimento oferecido pela heterogestão.

As rodas de EP não são meramente arranjos gerenciais, pois trabalham com processos pedagógicos de organização da rede de atenção à saúde, de qualificação das práticas por meio da integralidade da atenção e da produção por meio de aprendizagens significativas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Quando falamos de aprendizagem significativa, lembramos-nos de Paulo Freire e sua ideia de educação libertadora, cujos pressupostos baseiam a pedagogia da roda, na qual todos ensinam, todos aprendem e onde não há um número delimitado de pessoas que devam participar (FREIRE, 2008, p. 40).

6.1.3 Espaço de quarta-feira, 31 de outubro de 2012

Cheguei no horário marcado e a primeira coisa que me chamou atenção foram as cadeiras, que estavam no formato tradicional: enfileiradas e havia dois bancos grandes, macios, dispostos nas laterais. Pude perceber que todos foram se acomodando, lateralmente, nesses bancos. Ninguém sentou no meio. Eu também me senti convocada a sentar dessa forma.

A coordenadora de enfermagem me avisou que Copo de Leite não estaria presente, pois teve que representar o hospital numa reunião no Hospital Municipal Carlos Tortelli. Foi, então, que me solicitou que eu comentasse o trabalho que seria exposto, isso, pois, na ausência do Copo de Leite, a coordenadora ficaria responsável pela função de comentadora. Eu disse que poderíamos fazer juntas.

A enfermeira retratou um caso de uma usuária de 18 anos, o qual, pela primeira vez, tinha sido internado no SIAF, já que em situações anteriores havia sido internado no Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças (SIAC). Ela informou que a usuária morava com o companheiro, o sogro e a avó paterna e tinha um filho de dez meses. No início da internação, a usuária apresentava uma intensa escuta alucinatória, que além de mandar matar o filho, também a mandava se matar. A usuária chegou a se agredir numa tentativa de suicídio. A enfermeira também relatou que com o tempo a usuária pôde dizer que não era bom falar sobre as vozes, que isso a deixava pior, que ela precisava de alguém por perto. Sua internação durou 16 dias.

A apresentação do caso pela enfermeira do SIAF finalizou e preciso confessar que me senti desconfortável naquela posição porque não observei questões, indagações por parte dela e nem o verdadeiro motivo que a fez trazer esse caso. Pensei que talvez pudesse ter se sentido pressionada, convocada a trazer algo e, diante da ausência de implicações, esse teria sido o resultado.

As pessoas do espaço pouco contribuíram. Uma técnica dormiu e quando a amiga do lado a chamou ela respondeu de forma ríspida: “eu escuto com os ouvidos”.

Não consegui cumprir o que me foi solicitado: comentar o trabalho. O que fiz foi arguir um pouco mais sobre o caso, numa tentativa de me apropriar da história, de me sentir “mais dentro” para depois falar, contribuir. Entretanto, ainda senti tudo muito superficial, não senti nenhum incômodo ou dúvida da parte dela acerca da condução daquele caso. Então, por que estava lá?

A sensação foi que a discussão do caso encerrou da mesma forma que iniciou: sem que houvesse maiores trocas e enriquecimentos.

As poucas questões levantadas por mim, e por Girassol foram a respeito do tempo de internação relativamente curto diante de um caso tão grave. Fiquei com a sensação de que muito se tinha para fazer acerca desse caso, muito para tratarmos, trocarmos e conhecimentos para compartilharmos. Mas, não foi o que aconteceu. Depois me peguei pensando sobre o que Copa de Leite teria para dizer ou o que ela teria achado do espaço de hoje, caso estivesse presente.

De fato, me senti desconfortável naquela situação e também um pouco confusa. Como poderia estar no “lugar” do Copo de Leite e ao mesmo tempo sendo uma pesquisadora? Não é possível abdicar do meu lugar no grupo, com todas as implicações que eu carrego enquanto uma analista.

Fui embora para casa e no caminho me peguei incomodada com o “padrão” inconsciente daquele espaço. Fui tomada por um desejo de trazer para aquele lugar temas que transcendessem a clínica, com a valorização não só de “casos”, mas também de situações, problemas, dificuldades. Eu queria pensar em alguns dispositivos que fizessem aquelas pessoas falarem mais, se exporem, dissolverem talvez a ideia de estarem sendo avaliadas.

“Os dispositivos são como as máquinas de Raymond Roussel, máquinas de fazer ver e de fazer falar, tal como são analisadas por Foucault” (DELEUZE, 1996).

O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. E isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles (FOUCAULT, 1979, p.246).

Após a apresentação, uma frase de Freire (2011, p.117) me veio em mente: “o escutar se torna mais importante que o falar”. E como eu queria escutar!

Essa apresentação me fez memorar uma experiência vivida por mim quando eu era enfermeira diarista do SIAF do HPJ. Nessa época, eu senti a necessidade de lançar mão de alguns dispositivos e de tecnologias leves - compreendidas como as relações interpessoais, produção de vínculos, autonomização e acolhimento (MERHY, 2002, p. 51), mais de forma intuitiva do que de conhecimento de tais designações. Percebia que essa era uma maneira de trabalhar com a equipe de enfermagem as práticas de saúde, as relações terapêuticas na produção do cuidado de modo a possibilitar formas criativas de manifestação da subjetividade do outro, a partir de acolhimento, estabelecimento de vínculo, estimulação da autonomia e responsabilidade no cuidado.

A “estratégia” escolhida por mim para estar abordando, acolhendo, me permitindo estar numa outra postura para além de uma supervisora, chefe, era me fazer presente nos momentos do “cafezinho”. Era nesse momento, em que se percebia que os profissionais podiam relaxar e se possibilitavam falar das suas angústias, do que pensavam de fato sobre vários assuntos, inclusive sobre a assistência. Comecei a valorizar esses espaços no meio da correria e da árdua rotina numa enfermaria de agudos por acreditar que era ali que eu conseguia de fato ouvi-los e me fazer ouvir. Utilizava esta estratégia como um dispositivo que, de acordo com Foucault (1992), é

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (p. 244).

Posteriormente, começamos a nos reunir diariamente (eu e os técnicos de enfermagem), por 30 minutos. E não foi sem razão que optei por realizar as reuniões em uma sala, mas sim no quarto da enfermagem, onde havia a cafeteira e as camas. Por esse motivo, o ambiente ganhava um “ar” de descontração, ao mesmo

tempo em que possibilitava que a equipe pudesse sentar na cama com as costas (cansados do trabalho) recostadas na parede e tirar os sapatos enquanto tomavam um café. Foi nesse clima que investi em discutir sobre o trabalho, assistência, usuários, das nossas relações e, também de me aproximar da maneira com que eles entendiam os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial.

A partir dessas iniciativas tivemos uma mudança na postura desses profissionais, que viram os seus conhecimentos valorizados e, diante de tal, começaram a se abrir para novas possibilidades de cuidados, se colocando como agentes corresponsáveis.

Entre as mudanças de posturas e de posicionamento que pude presenciar entre os membros da equipe de enfermagem, gostaria de compartilhar um caso de um técnico de enfermagem que me marcou em especial, o qual chamarei com o nome fictício de Roberto.

Roberto entrou para trabalhar no setor num momento que estávamos necessitando de técnicos de enfermagem com certa urgência e como ele já tinha experiência na área, resolvi apostar. Entretanto, sabia que sua experiência profissional advinha de um trabalho anterior em outro serviço de psiquiatria, que era conhecido pelo modo tradicional de tratar os usuários. Não demorou muito e pela sua maneira de agir com os usuários, dando “ordens” e de uma forma que soava como “rude”, fui chamada atenção pela coordenadora do setor, a qual questionou sua permanência em nossa equipe.

Contudo, notava que o Roberto apenas reproduzia práticas assistenciais consideradas boas no outro serviço. Diante disso, me coloquei, durante os “cafezinhos”, mais próxima dele, no sentido de abordar sua assistência.

Na minha primeira tentativa de tratar sobre a maneira difícil com que ele conduzia sua prática com os usuários, falei por vários minutos sem que ele me interrompesse e, ao final, quando julguei ter sido compreendida, ele me disse: “Com todo respeito, mas dá para a senhora ser mais direta, mais objetiva no que a senhora quer dizer? Porque eu não entendi!”. Naquele momento, ele já me ensinava uma lição que eu levaria para toda minha vida: a forma que escolhemos as palavras, a forma de falar com o outro precisa levar em consideração o universo desse ‘outro’, o universo para quem se fala. Respirei fundo, e quando pensei que estava sendo indelicada, ou direta demais, foi quando ele conseguiu me compreender e pôde dizer algumas coisas.

Ao longo dos encontros, que pareciam “informais”, ele pôde me dizer que, no outro serviço em que trabalhava, o profissional considerado bom era aquele que conseguia “levar o plantão com rédea curta!”. Era aquele que não demonstrava medo e fraqueza diante da loucura e da agitação dos usuários, e que quando chegasse ao setor, era capaz de manter o respeito na enfermaria. O entendimento de respeito, nesse caso, diz respeito à tentativa de silenciar a loucura, a uma obediência disciplinadora.

Aos poucos, e sem deixar de valorizar suas experiências (porque mesmo nesse serviço, ele tinha sido capaz de desenvolver particularidades no cuidado que deveriam ser reconhecidas), mostrava, a partir de cada abordagem minha diante de um quadro de agitação psicomotora ou diante de uma dificuldade com um usuário, que havia outras formas de cuidar. Transmitem (agora de uma forma menos subjetiva) que reconhecer os nossos limites diante de um usuário também é trabalho. Mostrei que quando já não é possível ficarmos ‘na linha de frente’ numa abordagem, porque já estamos fatigados ou porque o usuário nos tira do nosso lugar de tratamento, podemos e devemos solicitar ajuda a outro membro da equipe e nos retirarmos do processo por algum tempo. Mostrei que isso era trabalhar em equipe; que era a única forma de conseguirmos dar conta de tamanho trabalho que há na saúde mental, garantindo a qualidade na assistência.

Num determinado dia em que cheguei para trabalhar, fui surpreendida por Roberto me dizendo de forma afoita: “Olha, esse final de semana alguém deve falar com a senhora, mas a usuária Ana [nome fictício] me tirou do sério, ficou difícil continuar ali direto com ela e eu pedi ajuda. Entrei por esse posto com os olhos arregalados e disse para o resto da equipe do meu limite. E não é que os outros colegas foram lá, nos revezamos no cuidado com ela e não ficou pesado para ninguém? O plantão correu muito bem!”.

Assim, pude constatar e ouvir de outras pessoas da equipe sobre a sua mudança na forma de abordar os usuários, apresentando-se com outra postura no trabalho, desenvolvendo e se permitindo outras atividades que também são consideradas por nós como “cuidado”.

Por suas especificidades, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele opera em tecnologias de relações, de

encontros de subjetividade, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY; 2002, p. 49).

Podemos identificar nesse caso que, a partir de um processo de EP, o Roberto foi capaz de transpor a porção do trabalho morto, e lançar mão de outras ferramentas do cuidado.

6.1.4 Espaço de quarta-feira, 21 de novembro de 2012

Nesse dia eu estava muito cansada, pois tinha enfrentado, na noite anterior, um plantão de 24 horas cheio de intercorrências, e preciso confessar que pensei em não comparecer ao encontro. Entretanto, fui tomada por uma sensação de que pudesse perder muitos elementos, e que aquele encontro poderia trazer à tona algo novo. Diante disso, mesmo muito cansada, resolvi me arrumar e ir.

Cheguei cedo e constatei que iríamos ter pessoas de “fora” para estar dividindo experiências de trabalho. Na verdade, receberíamos naquele dia um residente de psiquiatria, uma residente de saúde mental (enfermeira) e uma acompanhante domiciliar do CAPS Hebert de Souza para falar sobre uma iniciativa da oficina de vozes com usuários psicóticos.

Fiquei um pouco ansiosa, pois assim que cheguei à sala, às 13h30min (horário oficial de início do grupo) já encontrei os convidados, entretanto, não havia ninguém do HPJ na sala. Pensei: Poxa, logo hoje que recebemos pessoas externas ao hospital, não iremos nos fazer presentes? Numa atitude impulsiva, me vi ligando para os setores para reafirmar o nosso encontro, e logo percebi que estava interferindo no processo, já que o hospital já possuía uma pessoa responsável por essa função. Diante disso, retornei para sala e aguardei. Às 14 horas, havia umas 10 pessoas e pude perceber que mesmo com a sala arrumada em círculo, algumas pessoas, por algum motivo, sentaram fora dele. E foi dessa forma que demos início ao grupo naquele dia.

A equipe do CAPS Herbert de Souza denominou a experiência que trouxeram para compartilhar de “Dando voz a quem ouve voz!”. Tratava-se de uma oficina surgida a partir de uma inquietação do residente de psiquiatria, o qual afirmou que as alucinações auditivas e os delírios dos usuários sempre o deixavam muito tomado, que ele sentia que havia um “buraco” entre o que ele podia observar e o que encontrava na literatura. Foi quando teve a ideia de tentar criar uma oficina sem cortes, sem maiores interferências, onde a experiência individual de conviver com as

alucinações e os delírios pudessem se coletivizar com outros que compartilhavam experiências semelhantes; e, desse modo, o próprio residente pudesse se aproximar de outra forma dessa experiência.

Durante todo o tempo da oficina, pude perceber que todos estavam interessados, e que por coincidência ou não, dessa vez, não percebi ninguém tirando um cochilo ou bocejando. Confesso que me emocionei com os resultados e descobertas dessa oficina; precisei conter as lágrimas.

Num dado momento, a equipe do CAPS manifestou a importância da organização das cadeiras em forma de círculo para a realização da oficina. E, em dado momento, afirmou de forma intuitiva e impulsiva que não podemos nos esconder atrás de uma mesa, que devemos ficar dentro da roda, fazendo parte dela. Eles estavam se referindo a posição em que os colocamos. A sala estava organizada em roda, mas eles estavam fora dela, mais afastados e atrás de uma mesa. Nessa hora, pensei no tamanho da resistência que encontramos nesse espaço para se fazer isso. Algo inconsciente, mas que existe. Ora não arrumamos as cadeiras em forma de roda, ora arrumamos, mas deixamos aqueles que vão dividir a experiência de fora dela! E também, ora não podemos nos conter do desconforto de sentarmos em roda.

Mesmo tendo sido um relato que prendeu a atenção e a curiosidade de todos, não foi capaz de disparar questões por parte da equipe de enfermagem. É verdade também que o relato avançou no horário e nos sobrou pouquíssimo tempo para trocarmos ideias. Apenas dois membros da Divisão de Ensino e Pesquisa, eu e um residente de saúde mental tecemos comentários e lançamos questões.

Não tenho como não falar que nos últimos tempos, tenho me questionado de que maneira podemos tornar esse espaço um lugar em que a equipe de enfermagem se sinta a vontade para participar mais; que dispositivos tenho em mãos para tal e; se isso é algo que me convém fazer?

6.1.5 Espaço de quarta-feira, 28 de novembro de 2012

Hoje levei o meu projeto do mestrado para compartilhar com eles. Fiz questão de chegar mais cedo, arrumar as cadeiras em círculo e me incluir nele. Por volta das 14 horas, as pessoas já tinham chegado e eu dei início a minha fala.

Deixei claro que seria uma conversa e que poderiam me interromper e falar na medida em que aparecesse o interesse em se colocarem. Não li nada, apenas

contei e dividi ideias da forma mais descontraída possível. Comecei falando um pouco sobre as mudanças ao longo dos últimos tempos na saúde mental e chamei atenção para o não acompanhamento na mesma proporção da nossa formação enquanto trabalhadores.

Falei de quando trabalhei como enfermeira no HPJ e do quanto essa experiência me subsidiou e influenciou para que eu pensasse nesse estudo. Dividi com todos as minhas dificuldades cotidianas enquanto enfermeira de saúde mental.

Durante os meus exemplos, os técnicos também falaram, e foram lembrando e se colocando na medida em que faziam a “ponte” com que eu estava apresentando.

Em outro momento trouxe os conceito de educação permanente e de educação continuada, exemplificando com ações do cotidiano deles.

Na medida em que eu lembrava situações que envolviam uma reflexão, participação do coletivo, tomada de alternativas criativas, o que culminava em mudanças de postura de alguns técnicos, eles iam se colocando e trazendo outras situações semelhantes e assim fomos construindo um link entre a teoria e a nossa prática.

Não vi ninguém bocejando ou cochilando. E o que chamou a minha atenção foi a disposição e a convocação deles para falarem, um atropelava o outro, ou não davam a palavra para que o outro pudesse também falar. E, pela primeira vez, vi uma dificuldade comum dos que estão iniciando nesse movimento da palavra, do discurso. Não tenho como deixar de expressar a minha felicidade de ver certa “desorganização” naquele espaço. Tínhamos conseguido transgredir a formalidade velada daquela sala.

Partindo da ideia de que a sociedade reproduz seus sintomas nos âmbitos organizacionais, pode-se dizer que cada organização reproduz valores de seu tempo e cultura, questões de um universo maior, o que exige que o analisador não se limite apenas à organização em análise, mas que penetre no macrocontexto em que a organização está inserida. Tem-se, então, a influência de aspectos históricos sobre a cultura da organização atual, sendo importante lembrar as origens da instituição em análise. Como afirma Mezzano (1998, p.37), “cabe dedicar-nos a recolher histórias das instituições desde o primeiro momento diagnóstico, ou seja, desde o primeiro contato para conhecê-las e estabelecer os posteriores passos de

intervenção”. Diante disso, fica evidente a importância dada às lembranças dos sujeitos que vivem na instituição e fazem parte da história desta.

E é a partir do recordar institucional que se mesclam subjetividades grupais e individuais, fazendo-se cruzar aspectos sociais, inconscientes e políticos, os quais se apresentam ocultos, num primeiro momento, dentro da organização, mas que se perpetuam e se manifestam no fazer diário e nas relações entre os sujeitos. “Resgatar as memórias institucionais, reconhecendo as formas oficiais instituídas, valorizadas, assim como as marginalizadas, desvalorizadas e escondidas é tentar restabelecer uma ligação vital, plural e heterogênea da convivência” (MEZZANO, 1998, p. 53).

Diante disso, quando retomamos o surgimento da Instituição Psiquiátrica, vimos que a mesma possuía como função principal o isolamento e a exclusão do doente mental do seio da sociedade moderna, uma vez que a loucura, na concepção dessa sociedade, representava um mal a ser retirado do meio social, pois era tomado por ela como a contraposição da razão - o seu bem mais precioso (FOUCAULT, 1997).

Nesse contexto, as instituições manicomiais se estabeleceram como forma de organização extremamente disciplinadora e coercitiva, fundamentada na prática do internato. Se transformando, desse modo, em um instrumento para garantir a ordem social e não um lugar terapêutico.

E foi nessa atmosfera que a enfermagem psiquiátrica se iniciou. Era exigido um profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, originária da divisão técnica do trabalhador médico do coletivo, no qual era de competência médica privativa a concepção do projeto terapêutico, subsidiado pelo trabalho dos demais agentes de saúde de nível superior (SILVA; GUILHERME; ROCHA et al., 2000).

Nesse modelo, a ação da enfermagem psiquiátrica se estruturava principalmente no campo administrativo, de forma burocrática no hospital psiquiátrico, e era baseada no modelo biológico. A enfermagem psiquiátrica surgiu, assim, com a finalidade de disciplinar a conduta do pessoal e o espaço do doente (SILVA; FONSECA, 2005).

Quando a insanidade conquista suas dimensões de objeto, a psiquiatria se destaca como uma forma de conhecimento, sabedoria legítima, justificando o seu

saber científico (FOUCAULT, 1997, p. 105). Um saber especializado que não deveria ser questionado.

Desse modo, a equipe de enfermagem foi sendo formada e disciplinada para não questionar, não ousar, não refletir. Cabia a essa categoria apenas obedecer, vigiar, medicar, conter e guardar as inúmeras chaves dos manicômios, as quais representavam certo poder e controle sobre a liberdade.

Com essa especialização do saber, o manicômio eleva-se ao grau de instituição hospitalar e, como os demais hospitais, sofre também influência da disciplina militar sobre a lógica operacional da sua organização hospitalar (FOUCAULT, 1992, p. 99-111).

Essas características (de coordenação da vida humana nos hospitais, a análise do espaço, a gestão do desenvolvimento da ação, a vigilância permanente e o registro contínuo) também repercutiram na formação e atuação da enfermagem, incumbindo-os por muitos anos, de severa formalização do comportamento representada pelo sistema burocrático de controle.

O HPJ não passou ileso nessa tendência, o mesmo foi construído pelo governo estadual para ser uma referência no tratamento dos doentes mentais. A sua construção ocorreu dentro de uma filosofia ortodoxa de que o doente mental deveria ficar confinado. Por isso, os pátios foram construídos com bancos de cimento distantes uns dos outros, grades nas janelas, sanitários em forma de fossas, que não ofereciam a mínima comodidade aos usuários. O HPJ, nos anos 1960-1970, caracterizava-se pela indigência asilar, possuía 700 leitos, e um número crescente de leitos psiquiátricos contratados, seguindo os critérios privatizantes da época (BEAKLINI, 2001).

A partir das críticas a esse modelo tradicional, almejamos a RPB e a democratização do poder no interior dos hospitais, em busca de uma transformação da lógica de interação humana nesses espaços. Entretanto, não podemos correr o risco de limitar a desinstitucionalização ao ato de desospitalizar, sem o compromisso de oferecer possibilidades de habitar novas institucionalidades, novas posições diante da loucura e da vida.

No HPJ, atualmente, o que se pode observar de mudanças nesse sentido é a existência de uma convivência, uma aproximação cotidiana entre usuários e funcionários. Há uma circulação significativa tanto dos trabalhadores quanto dos usuários pelos diversos espaços do hospital, assim como presença frequente em

certas atividades, como oficinas terapêuticas, sessões clínicas, passeios, cantina, jardim, etc. Não existem muros e seções onde permanentemente ninguém entra, e onde se manteriam fortemente isolados os casos mais difíceis. O que há são portas a serem transpostas, algumas ininterruptamente abertas, outras que se abrem para dar passagem e depois se fecham.

O primeiro efeito dessa transformação é a circulação. No entanto, não se trata de uma circulação anônima e nem “puramente” livre. Ela é marcada pelos encontros com os técnicos, entre os técnicos, entre os usuários, com os familiares, com os porteiros, com os motoristas, com os funcionários administrativos (ROCHA, 2003).

E quando abordamos novas possibilidades, novas posições no campo da saúde mental, estamos também retratando os profissionais que fazem parte desse processo, juntamente com os usuários, nessa transformação paradigmática. Os profissionais - no caso em questão, destacando a equipe de enfermagem – representam, de certa forma, o bojo da sociedade, como elas enxergam a loucura e o modos de tratamentos.

Dessa maneira, quando possibilitamos espaços de reflexão, de apreensão de novos conceitos e formas de assistência, e permitimos trocas de experiências, estamos, de fato, oferecendo ferramentas para que ocorram transformações, principalmente, nos limites da interação entre profissional e usuário. Nesta delicada relação, dificilmente há intervenções externas, justamente porque, nessa hora, quem detém a autonomia do ‘fazer’ são os trabalhadores.

A forma como cada funcionário diz, constrói e sustenta sua fala e sua posição, como cada um se relaciona com sua própria palavra, se mostra mais importante do que uma simples indicação de um procedimento médico útil para o manejo, como por exemplo, no caso de um usuário agitado ou insone. Isto, pois, é como a palavra é tomada para se dirigir ao próprio usuário e aos colegas de equipe para sustentar essa decisão que faz toda diferença nos efeitos gerados nos usuários. O que configura o trabalho de educação permanente com a equipe de enfermagem imprescindível.

Entretanto, essa ruptura com o poder e a autoridade médica que perpetuou durante muito tempo, não é algo que se deu por completo, deixando marcas e resistências. Ainda no interior desses hospitais ocorre um trabalho constante por uma valorização do reconhecimento mútuo dos diversos saberes entre os profissionais da equipe.

No próprio HPJ, para que os técnicos possam se fazer presentes nesses espaços há uma reorganização entre os demais membros da equipe multidisciplinar (psicólogos, assistentes sociais, médicos, residentes, estagiários), se permitindo estarem em outros postos e realizando outras funções diferentes das tradicionalmente consolidadas.

Um analisador seria o 'sono' que tanto despertou minha atenção. Então, coloquei-me a pensar o que causaria o sono naquelas pessoas. É fato que, dependendo do assunto trazido, discutido, da forma que é abordado, as pessoas ficam em alerta e mais participativas, se sentem convocadas a interagirem. Entretanto, não posso deixar de pensar em outros fatores que parecem influenciar essa realidade: o forte ritmo de trabalho desses profissionais (em que o físico e o mental são constantemente convocados), ao vínculo profissional estabelecido entre o profissional e o hospital, que na maior parte dos casos se configura como frágil, instável, sem garantias trabalhistas, o acúmulo de empregos numa tentativa de se alcançar um salário razoável, e, nesse caso, muitos fazem 48 horas de plantões contínuos. Nesse cenário, é natural que os profissionais, quando liberados dos seus setores para sentarem numa sala com ar condicionado e cadeiras confortáveis, se sintam relaxados e o sono apareça.

Por outro lado, segundo Foucault (2005, p. 254), "é preciso ouvir os roncões surdos das batalhas em meio ao cotidiano e em meio aos espetáculos". Diante disso, o sono também pode ser entendido como analisador, que revela movimentos da Instituição. Nesse contexto, para a psicanálise, o sono poderia ser entendido como um estado de retração psicológica, como regressão temporal, na fadiga e no desejo de afastar do mundo externo opressor e de não mantê-lo ininterrupto. Ou seja, o sono pode estar revelando alguma verdade diante de uma suposta ausência. Justamente nessa ausência que os mesmos podem estar colocando, marcando e delimitando o seu espaço no grupo.

Isso me remete a ideia de Pereira e Penzim (2007), quando os mesmos afirmam que os desejos criativos, inovadores e produtivos dormem num espaço submerso à espera das estratégias do grupo que possam acordá-lo do sono repressivo e traduzir as suas mensagens de libertação.

E como pudemos perceber, no que tange a equipe de enfermagem, não basta proporcionarmos condições no que diz respeito aos espaços físicos e convidarmos os profissionais para se fazerem presentes e simplesmente darmos a 'liberdade'

para falarem. Esses, por muitos anos foram convocados ao silêncio, que agora exige mais que um espaço físico para ser quebrado, ele desafia a repentina e frágil liberdade que é dada e nos mostra que outros dispositivos serão necessários para produzir mudanças.

No lugar de darmos a chance de um profissional a cada encontro apresentar um caso, talvez pudéssemos reiniciar esses espaços sem maiores premeditações, deixarmos livres para o que possivelmente poderia surgir, aparecer. E, caso fosse o silêncio, que o suportássemos nesse primeiro momento e permitíssemos nos confrontar com ele, com o possível desconforto de estarmos diante de tal e tudo que ele possa estar representando.

É necessário que os profissionais possam se encontrar uns com outros, com as diferenças e semelhanças percebidas nos mais diversos setores em que trabalham e com as experiências de clínicas múltiplas acumuladas. O que para nós pode parecer dado, para esses profissionais pode ainda não estar estabelecido. O hábito de refletirem sua assistência, de gerarem um pensamento crítico, de se distanciarem do senso comum e se sentirem a vontade para pensar e agir a partir da sua própria experimentação da prática e da sua análise sobre o seu fazer é algo a ser construído e desenvolvido diariamente nesses espaços. E não ocorrerá sem embaraços, sem atropelamentos, sem divergências, sem as dificuldades de se fazerem compreender, simplesmente porque tais passos fazem parte do caminhar dos que almejam a autonomia da palavra.

Entendo também a relevância do dinheiro como analisador, uma vez que, para Lourau, “o analisador dinheiro é um dos mais sensíveis da socioanálise” (LOURAU, 1997, p. 30). E, diante disso, não posso deixar de relacionar o presente vínculo desses profissionais. Na verdade, a maior parte dos trabalhadores está, há anos, na condição de prestadores de serviço, sem direitos trabalhistas e percepção de aumento salarial, o que gera, principalmente para os que ganham menos, uma sensação de insatisfação.

Então, temos no processo de trabalho da saúde mental, os profissionais da enfermagem que recebem uma carga intensa de trabalho, recebendo baixos salários e tendo menos espaços para refletirem sobre as suas práticas.

O fato de esses encontros ocorrerem em um dia fixo, acaba estimulando a presença dos profissionais que estão trabalhando naquele dia, porém dificulta para os demais, os quais precisam dispensar tempo de folga e de dinheiro para se

locomover até o hospital ou não podem comparecer por estarem trabalhando em outro lugar.

Entretanto, vale destacar a existência de um movimento que ocorre no interior das enfermarias, no sentido de alcançar o maior número de profissionais da equipe de enfermagem. Consiste em um encontro diário, realizado durante o turno de trabalho, entre a enfermeira do setor e todos os técnicos de enfermagem por um período médio de duração de 30 a 40 minutos, onde os mesmos se retiram do posto de enfermagem ou do espaço de convivência e se reúnem para refletirem sobre o trabalho e sobre as relações entre os sujeitos (entre os próprios membros da equipe de enfermagem; equipe de enfermagem e os demais profissionais da equipe multidisciplinar; equipe de enfermagem e os usuários), que de certo modo incidem sobre os processos de trabalho. Essa dinâmica só é possível porque outros profissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais acompanhantes terapêuticos, estagiários e coordenadores) se permitem sustentar os espaços antes ocupados pela equipe de enfermagem, durante esse tempo.

Retornando a discussão sobre o espaço de quarta-feira, cumpre dizer que o grupo costuma fazer um recesso no final do ano, no mês de dezembro, e retoma suas atividades em março. Nunca me incomodei com essa característica, entretanto, no último encontro, ocasião em que fomos comunicados acerca do recesso, me senti incomodada e questionei a necessidade de tal recesso, já que o trabalho da equipe de enfermagem não é interrompido. Da mesma forma, as dificuldades se mantêm e um espaço para reflexão e, compartilhamento poderia ser mantido.

Depois dessa minha posição assumida publicamente, me indaguei: o que poderia dessa vez ter me feito pensar dessa maneira? E percebi que já não era mais a mesma, já não possuía o mesmo olhar que tinha antes de assumir essa pesquisa; estava impregnada de leitura, de visões, e de uma maneira de pensar diferente. Estava ali, marcando o meu primeiro incômodo com o instituído.

Nesse tempo de recesso muitas coisas aconteceram na própria organização e na minha vida. Recebi a proposta de assumir a coordenação de enfermagem e por uma questão pessoal (falecimento de um amigo muito próximo que compartilhava dos mesmos ideais na saúde mental e que assumira recentemente o cargo de coordenador na época do falecimento) aceitei.

Assumi o cargo num momento de transformações na rede de saúde do município e também do hospital, pois, a gestão municipal mudou e no hospital houve

mudança da direção com a saída de um diretor que tinha permanecido no cargo por aproximadamente 20 anos.

E estamos em vias de retomada desse espaço, que, confesso, adiei por mais de um mês por julgar não estarmos num momento oportuno para tal.

Essa preocupação a respeito do andamento do grupo se justifica por estarmos passando por um momento muito delicado na rede hospitalar do município. Nesse momento de transição, os salários estão atrasando como nunca antes. Ademais, fala-se de um processo seletivo simplificado para substituição do vínculo irregular praticado, o que poderia afetar a maior parte do quadro de profissionais do hospital, uma vez que não se garante a permanência desta parcela nos atuais postos de trabalho. Isso não repercutiria no futuro do grupo? Na disponibilidade das pessoas em estarem ali, desejando melhorar a assistência, quando nem o básico estaria sendo oferecido? Como estimular esse grupo? Caberia a mim essa tarefa, uma vez que ao mesmo tempo em que sou pesquisadora, sou atualmente a coordenadora de enfermagem?

6.1.6 Espaço de quarta-feira, 10 de abril de 2013

Cheguei às 13h20 e organizei, com a ajuda da minha secretária, a sala em forma de círculo. Também pedi para que ela organizasse uma mesa de lanche, contendo alguns biscoitos e uma garrafa grande de café. Queria transformar aquele ambiente num lugar acolhedor e que a equipe de enfermagem percebesse um investimento nosso naquele espaço.

Na retomada desse espaço, não iríamos contar com a presença daqueles que geralmente moderam o grupo, pois eles já possuíam outros compromissos agendados antes da escolha dessa data para a retomada das atividades. Diante disso, eu teria que conduzir aquele espaço e, nessa altura, já não tinha como separar a “Amanda coordenadora” e a “Amanda pesquisadora”. Sentia-me impregnada de preocupações típicas de uma coordenadora, mas ao mesmo tempo inundada pelos conhecimentos e cuidados de uma pesquisadora. Uma coisa era certa: ora a balança iria reclinar mais para um lado e ora para outro. A imparcialidade, o equilíbrio nessa balança era algo impossível para mim.

Iniciei dizendo de forma clara e objetiva o motivo pelo qual eu não tinha convidado ninguém para apresentar um caso específico. A intenção era estimular a discussão dos casos considerados mais difíceis e oriundos de diferentes setores do

hospital. Seria importante compreendermos o porquê de classificarem os determinados casos como mais difíceis. O que julgávamos tornar a assistência desses usuários tão complicada?

Falei que estávamos ali para pensarmos, juntos, alternativas para as nossas dificuldades no trabalho. A proposta era compartilharmos os nossos conhecimentos e debatermos sobre o assunto.

Fui com intuito de não temer o silêncio, de encará-lo de outra forma e, portanto, suportar o mesmo, caso ele resolvesse aparecer.

Para a minha surpresa não demorou muito e um técnico que trabalha no SILP iniciou falando sobre um usuário que receberia, o qual sairia do Setor de Internação de Agudo Masculino (SIM).

Trata-se de um usuário que tivemos que receber a alguns meses por conta de uma intervenção realizada pelo Ministério Público num grande hospital psiquiátrico, situado em outro município. Após avaliação, constatou-se que este hospital não possuía condições mínimas de cuidado. O referido usuário ao chegar ao HPJ causou estranheza e foi inevitável não compará-lo a um animal. Isto, pois, ele andava de quatro, comia com as mãos, fazia suas necessidades nas roupas, só dormia se estivesse contido, e desejava ficar pelado durante todo o tempo. E essa não é, nem de perto, a realidade que vivenciamos com os usuários do HPJ.

Um técnico do SILP disse que não concordava com esse tipo de usuário no seu setor por não considerar lá o seu local, e utilizou como argumento o risco de “agudizar” os demais usuários. Relembrou que a Longa Permanência é um setor de passagem, que possui uma organização parecida como de uma casa, para que os usuários possam se habituar e, posteriormente, poderem morar em residências terapêuticas ou em outros lugares inseridos na sociedade. Questionou o trabalho da equipe da SIM, uma vez que ele não havia percebido nenhum avanço com o usuário em questão.

Nesse momento, um técnico que trabalha na SIM interveio, apontando e exemplificando o avanço. Disse que o usuário já não mais andava em quatro apoios; que já conseguia comer no refeitório com colher e; que já conseguia sustentar por algum tempo a roupa. Ressaltou a gravidade do caso e de que o usuário não era agudo, isto é, não estava em crise para ficar na enfermaria, mas reconheceu que muita coisa ainda teria que ser feita.

O técnico do SILP se desculpou, dizendo que talvez não tivesse usado as melhores palavras, mas que reconhecia o árduo trabalho que todo o seu setor teria pela frente.

Tomei a palavra e concordei com o grande trabalho que esse usuário nos convocava, mas assinalei que todo o hospital estaria empenhado nesse caso, e que o usuário não era de um setor em específico, mas sim de todo o hospital. Assegurei que eu estaria próxima para facilitar e ajudar no que fosse possível e que outras pessoas também poderiam estar. Nesse momento, se deu início a uma troca de informações, conhecimentos adquiridos pela equipe do SIM com a passagem do usuário por lá. Sabedoria que foi sendo construída em ato e que, de fato, era muito importante para a equipe do SILP, nesse momento.

Um técnico da SIM se dispôs a ir ao SILP para passar melhor o caso e se fazer presente quando possível para a construção de um trabalho.

Outro caso que apareceu foi de uma usuária do SIAF que chamarei de C. Os técnicos puderam falar de quanto essa usuária tirava eles do lugar de tratamento. Um dos técnicos chegou a dizer que a usuária parecia saber o ponto fraco deles, e se utilizar disso para descompensá-los. Que ela era capaz de desestruturar toda a equipe e colocar um contra o outro. Ele ainda ratificou a importância das direções do tratamento estarem bem “amarradas” e compreendidas por todos da equipe, o que não estava acontecendo.

C. é um usuário jovem que antes se internara no setor infantil. Sua psicose não é do tipo clássica e de fácil percepção. Ademais, ela também faz uso de drogas, o que dificulta a compreensão da sintomatologia da loucura. No meio desse caso, técnicos de outros setores foram se interessando, perguntando, questionando e dando sugestões para o manejo de C.

Um técnico de enfermagem manifestou interesse em saber do processo de escolha do setor de destino de um usuário que possui transtorno mental, mas que também é dependente químico. Isto é, o usuário é destinado a um setor de agudos (que teoricamente é destinado a usuários psicóticos agudos), ou ao Serviço de internação para usuários de álcool e outras drogas (SAD)?

Nesse momento, quem lhe deu a explicação foi um diarista do SAD. Ele explicou que um usuário dependente químico dificilmente sofre apenas do vício. Geralmente, há outros acometimentos psiquiátricos, mas que, para a escolha do

setor, em cada caso, se observa qual acometimento está mais 'gritante', qual é, no momento da avaliação, o disparador do seu desequilíbrio na sociedade.

Deu o horário do término da reunião e ainda assim todos estavam falando, foi difícil até de organizar as falas e facilitar a discussão. Encerrei esse encontro dizendo que no próximo iríamos discutir sobre o que nós já conseguimos a partir das trocas de ideias e sugestões para avançarmos nesses mesmos casos.

6.1.7 Espaço de quarta-feira, 17 de abril de 2013

No horário previsto e com a sala arrumada, estávamos em número significativo. É nítida a diminuição da resistência do grupo em sentar na roda.

Pude observar que éramos praticamente os mesmos da semana anterior, entretanto, tínhamos a presença dos enfermeiros dos setores dos quais tínhamos discutido no grupo anterior.

O enfermeiro do SILP informara um acontecimento a respeito do usuário que tinham acabado de receber do SIM, sobre o qual tínhamos discutido na semana anterior. Ele contou que o usuário se agitou e foi preciso contê-lo mecanicamente, mas que a equipe pensou que só isso daria conta e que o usuário dormiria em breve. Entretanto, foram surpreendidos, minutos depois, com a portaria informando que um usuário completamente pelado estava próximo do setor da emergência. O susto foi grande! O enfermeiro mencionou que esse fato serviu para nos lembrarmos de que, diante de uma contenção, o trabalho não diminui e que, por algum motivo, a equipe da Longa Permanência não tinha se atentado para as informações passadas pela equipe da SIM.

Apontou que o SILP, mesmo sendo um lugar de passagem, mais se compara a uma casa do que a uma enfermaria; que é preciso entender que não é apenas o usuário que tem que se adaptar ao setor, mas que o setor também teria que se adaptar ao usuário.

Nesse momento, um técnico da SILP acrescentou elencando sobre as pequenas transformações no cotidiano do usuário e destacou alguns conhecimentos acerca dos desejos, das vontades, do interesse do usuário.

Ficou claro que, mesmo que o usuário não falasse, ele tinha muito a dizer sobre ele e que a equipe começara a estar disponível para ouvi-lo.

A enfermeira do SIAF também retomou o caso da usuária internada em seu setor, que tanto mobilizara a equipe. Ela pôde dizer que a partir daquele espaço foi

capaz de transmitir para as referências da usuária e para a coordenadora do setor a dificuldade da sua equipe e o que era traçado como alternativa para a assistência. Diante de tal, assinalou que avanços foram percebidos, mas que o caso não se tornou fácil por isso, embora os profissionais estivessem se sentindo mais autorizados diante dessa usuária. As direções foram melhor compreendidas, se tornaram claras e coesas.

Posteriormente, dois técnicos do SIAF apresentaram exemplos do cotidiano que reforçaram ao fala da enfermeira supramencionada.

Já passava das 15 horas e encerramos o encontro, contudo, as pessoas não foram embora de imediato, elas se concentraram em volta da mesa do café e continuaram a conversar sobre os assuntos ali discutidos.

E, diante disso, tive a sensação de um *déjà vu*.

6.2 Núcleos de Sentido

O material analisado a partir da categorização temática oriundo da discussão que se deu após apresentação das esquetes desdobrou-se em dois núcleos de sentidos: “ser ouvido” e “a dinâmica processual do trabalho”.

6.2.1 O ser ouvido

“Ser ouvido” dentro da esfera comunicacional significa ter suas visões, concepções compreendidas e levadas em consideração. Este núcleo de saber está intrinsecamente relacionado com a forma que se coloca e participa do processo de trabalho, uma vez que se considera sua voz escutada na organização.

A trajetória da enfermagem foi marcada por um silêncio delimitado diante do predomínio do modelo biomédico a partir da década de 1950, onde a figura do médico era central e à enfermagem cabia ministrar os medicamentos, ter a certeza de que o usuário os ingeriu, observar reações, bem como cuidados de manutenção da vida (ROCHA, 2012). Os trabalhadores de enfermagem, então, figuravam como atores coadjuvantes nesse processo, na categoria de executores da ordem disciplinar.

As novas vertentes da psiquiatria como a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria psicoterápica, os conceitos de psiquiatria preventiva, e democrática italiana estabeleceram um

novo olhar para a enfermagem, pois o cuidado passara a se ocupar de outros sentidos, que não só os diagnósticos e os psicofármacos, abrindo o campo para o reconhecimento de novos saberes.

Com a valorização das singularidades dos sujeitos, das razões inconscientes como fontes das motivações, do interesse pela palavra e das reações que os usuários tendem a provocar nos membros da equipe, vamos ter um redirecionamento no cenário das práticas no que diz respeito a esses profissionais: agora a enfermagem era chamada a falar, a dizer.

Observa-se, entretanto, a maneira com que esses profissionais se enxergam nesse processo de inclusão e se eles de fato se sentem incluídos.

“Não, nossa voz no hospital, a gente fala, médico, psicólogo, ninguém escuta”. (Dama da Noite)

“É, mas na mesma hora vão concordar, e depois vão descartar isso, o que falamos... Lógico, dificilmente eles vão ouvir e aceitar o que a gente fala e o que a gente acha.” (Gardênia).

“...então, eu conheço os pacientes, eu conheço o setor. Você está sempre perto deles, você ouve, porque eles conversam muito. Aí quando você fala ‘Ah, não!’ Esse paciente não!; Eu falei ‘inclusive, ele vai fugir, se não fugir hoje, vai fugir amanhã’. Acabou a reunião, ele já tinha fugido! Entendeu?!” (Tango).

A potência de equipe está justamente no crescimento coletivo, embora o movimento habitual seja de exclusão. As possibilidades de expressar as diferenças de opiniões, sentimentos, ideias são processos de democratização das instituições, dependente da abertura para acolher as mudanças em si, nos coletivos e nas instituições (BRASIL, 2005).

Percebe-se, nesse cenário, a coexistência da sensação de não serem escutados pelos outros membros da equipe, a dificuldade de empoderamento, juntamente com a insegurança na maneira de se expressarem.

“Eu acho que também tem um pouco a ver com a timidez, de muitas pessoas não conseguem expor, que não vem daqui, vem da infância mesmo, que não tem o hábito de estar falando pra outras pessoas. Todo mundo adulto, se vê todo dia no corredor, e aí vai falar e aí fica todo mundo, mesmo que tenha uma ideia, mas não consegue passar isso pra todo mundo, né. Então também tem a ver com a timidez, pra expor seu pensamento” (Ires)

Vive-se num momento de transformação nas práticas em saúde mental, o trabalho é diversificado, a responsabilidade na condução do caso é mais dividida, entretanto, nelas também encontramos algumas resistências de se compartilhar o

cuidado e na capacidade de se considerar os diferentes conhecimentos que vêm do outro.

O forte resquício do passado também pode influenciar na sensação de desvalorização de seu saber, da sua palavra, resultando num posicionamento mais passivo, conforme aponta Moreira (1999), há no conflito desses profissionais de enfermagem o motor de sua história e de sua prática, uma profissão que nasceu sob a égide do feminino. No discurso produzido acerca de sua prática, os profissionais de enfermagem parecem afirmar uma cultura profissional, na qual dois dilemas encontram-se articulados: um imaginário mimético com relação à medicina e um imaginário feminino de submissão e inferioridade.

Partindo dessas premissas, Ceccim (2005) diz:

“Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Não há saída, como não há romantismo nisso”.

Merhy (2005) nos mostra que o processo de EP é algo crucial e que se constrói a partir do exercício/prática de aprender consigo mesmo, com o outro e com a equipe numa aprendizagem capaz de envolver o singular, o coletivo e o institucional.

Diante disso, percebe-se que o conceito de empoderamento dialoga com o conceito de EP, na medida em que o mesmo implica em avanço e superação por parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo), superando a simples doação ou transferência pelo estado de benevolência e realizando, assim, por si mesmo, as mudanças e as ações que os levam a evoluir e se fortalecer. É nessa lógica que caminha a estratégia de EP pela sua proposta de reflexão e análise por parte dos profissionais da saúde do seu próprio processo de trabalho de forma a compartilhar coletivamente a responsabilidade de se construir soluções concretas para os problemas que emergem no cotidiano das suas práticas.

Empoderamento representa o aumento do poder e do controle entre os sujeitos e grupos, proporcionando-lhes subsídios para que obtenham mais controle sobre todas as instâncias de sua vida, intensificando a participação democrática e a

sua análise crítica (PEREIRA, 2009; VASCONCELOS, 2004⁷ *apud* BECKER et al., 2004; HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007).

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 381).

Nesse sentido, Romano (2002) afirma que:

A abordagem de empoderamento não pode ser neutral nem ter aversão aos conflitos e a seus desdobramentos [...] Empoderamento implica contágio, não assepsia. É fermento social: está mais para inovação criativa que para evolução controlada” (p.11).

Por essa lógica, esse espaço também é identificado como provocador de inquietação, de mudança nas atitudes e da maneira de se colocarem no processo de trabalho, além de perceberem o espaço como algo necessário. Há uma sensação de pertencimento e de ideia de grupo.

“Acho que a provocação partiu dessas coisas que foram feitas [...] vem a partir daí, e acho que isso pode ser muito interessante. Puxou a corda, né? Puxou a linha da galera.” (Estrelícia)

“É eu achei isso mesmo, né?, tem hora que a gente chega a uma conclusão, tem hora que a gente não vai ter mesmo, porque é muito amplo, né !?” (Gardênia).

A EPS utiliza ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de serviço, sendo por si só, uma prática educativa aplicada ao trabalho que possui a potência de prover transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas condutas, nas atitudes, nos profissionais e até mesmo na equipe (CAROTAA *et al*, 2009).

“Eu até falei que não ia mais a reunião nenhuma, ai eu pensei, eu vou na reunião aporrinhar mesmo, eu vou passar a ir a reunião... É aquele negocio, até eu passar a ser ouvida, entendeu?” (Tango).

“Lógico que você tem que se impor... mostrar sua posição. Eu sou o que sou, é claro, se tiver que resolver junto a gente resolve junto, se tiver que passar a frente e pedir ajuda, é claro que você tem

⁷ VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no brasil. **Revista Vivência:** Natal. n. 32, p.173-206. 2007.

que se posicionar. Nós somos necessários mesmo... e me coloco numa posição assim gente, eu sou técnico de enfermagem com muito orgulho da minha assinatura” (Estrelícia).

“Esses dias até que foi legal, eu vi o colega lá falando e eles prestaram atenção...” (Gardênia)

Ele, esse médico, escuta até quem não é do setor (Tulipa)

“Mas eu acho que isso com o tempo muda, por exemplo, o que aconteceu com a coordenação lá do nosso setor, ela, hoje em dia, banca certas coisas, né?, o caso do paciente, quem vai entrar. E isso é bom, porque, querendo ou não, ela é a nossa voz... eu bato palma pra ela. São pessoas que querem te ouvir, (a gente trabalha com isso, a gente trabalha com transmissão) mas tem médico que você vai transmitir algo, alguma experiência, não ouve, né?, toda a regra tem uma exceção, mas tem médico ali que já consegue, isso é bom.” (Tango)

“Acho que nós mesmos estamos diferentes uns com os outros, estamos melhores no convívio um com o outro.” (Gardênia)

Em busca de potencializar o presente espaço de EP foi proposto o formato de roda para organização daquele ambiente, por enxergarmos na roda um dispositivo de articulação de EP a fim de impulsionar transformações nas práticas de cuidado da equipe.

Dessa forma, e de acordo com Campos (2007), o desafio da roda está em propor outra relação e outra concepção de atenção à saúde a partir de novas aprendizagens e novas práticas, construídas no coletivo como dispositivo de mudança das mesmas, que se contrapõe à verticalidade do sistema ainda vigente.

Para se trabalhar nesse contexto, é imprescindível trabalharmos em grupo, pois é somente a partir da sensação de pertencimento, partilhamento de objetivos e estabelecimento de relações positivas que se constroem movimentos sólidos na reinvenção de fazeres.

Assim, Ceccim e Ferla (2005) sinalizam a importância do grupo para a educação permanente, pois trabalham com a ideia de inseri-la em grupos de trabalhos em busca de transformá-los em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde.

“Uma coisa que surgiu como importante foi a organização da roda, em círculo, né?! E antigamente a gente se preocupava muito com isso, fazia um formato de escolinha, e depois a Chuva de Prata propôs que a gente fizesse em círculo.” (Copo de leite)

“Cada um traz uma questão, aqui também é um encontro nosso, e quase isso, né?! O nosso primeiro encontro desse ano foi assim, e foi muito legal!” (Ires)

“É, só essa coisa assim, de está em roda já é uma coisa diferente.” (Ires)

“Eu me sinto assim, até à vontade, se eu quiser perguntar, eu pergunto.” (Tulipa)

“E o interessante é a troca de experiência. Isso aqui é um grupo, você vai conhecendo melhor as pessoas.” (Gardênia)

Nessa perspectiva, a EPS não procura transformar todos os problemas em questões educacionais, e sim buscar as “lacunas” de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

6.2.2 A dinâmica processual do trabalho em saúde

“A dinâmica Processual do Trabalho em Saúde” engloba os fatores, os condicionantes que fazem parte do processo de trabalho no campo da saúde.

No ambiente hospitalar, o trabalhador se depara com excessiva carga de trabalho, contato com o limite, a tensão, os riscos, os plantões e as longas jornadas de atividade. Esses fatores comprometem a integridade física e mental dos trabalhadores de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006).

É comum os profissionais precisarem realizar rodízios de escalas de turnos noturnos e diurnos e duplas ou triplas jornadas de trabalho, em função da baixa remuneração. Soma-se a isso, o fato de que na saúde mental há um intenso envolvimento com os limites humanos, dor e sofrimento psíquico.

“Um dos pontos que eu acho fundamental é que nossa vida, nosso cotidiano fica acorrentado, sai de um pra outro, pra você parar com o colega e perguntar de A a Z todos os problemas. Eu acho que a gente não tem tempo pra isso, a gente tem um outro plantão pra pegar, um outro lugar.” (Estrelícia)

“E quando está agitado, o telefone tocando o tempo todo, não tem como!” (Gardênia)

“O ti ti ti, cada um pega o seu ônibus e um abraço. Acabou o nosso plantão.” (Estrelícia)

“Mas assim é difícil, e é isso. Às vezes é difícil até conseguirmos sair para o nosso almoço.” (Lavanda do mar)

Pode-se observar através do discurso dos profissionais que o tempo corrido e a forte rotina de trabalho mostram-se como influenciadores da disposição dos mesmos nesse espaço. Além desses fatores, há pouco tempo para refeições e descanso, com sobrecarga de atividades, o que gera estresse e excesso de cansaço.

“Acaba sendo um lugar de descanso. Você passa o dia todo em pé na correria, chega num lugar sentado com ar condicionado, fresquinho.” (Ires)

“Depois do almoço, né, também tem isso, ainda é depois do almoço.” (Margarida)

Outro ponto que emergiu a partir das falas dos sujeitos foi o tema abordado e algumas transformações naquele espaço como questões que influenciavam no interesse e no jeito que se posicionavam:

“Mas tem temas também que convocam mais, né? Tem tema aqui que está todo mundo querendo dar opinião e nem consegue, começa a falar ao mesmo tempo.” (Jacinto)

“Quando você vem com um paciente diferente e ninguém conhece, você se interessa. Como que foi antes? Como que está agora? O que você vai fazer? Eu acho que também tem isso, por exemplo, se você for falar de certos pacientes aquilo já é maçante, o conhecido não é bom, o desconhecido que é bom! É o que você vai poder melhorar.” (Tango)

“Eu acho que assim nesses últimos, que voltou esse ano, a gente conseguiu muito mais dos que os que aconteceram no ano passado, do primeiro pra cá.” (Ires)

“Bem melhor, muito mais produtivo.” (Rosa)

“Eu pensei nisso, porque é sempre sobre um paciente em específico, né? E daquela última vez achei interessante que acabamos falando sobre o hospital como um todo, né?, acabou sendo sobre alguns pacientes, mas acho que poder continuar também com os estudos de caso [...] é, mas também, alguma vez se poderia falar do plantão” (Tulipa)

“Acho que deveria ser uma salada de frutas, um pouco de tudo.” (Tango).

Pode-se perceber que o grupo identifica um movimento diferenciado diante de cada tema abordado. Há certo predomínio de interesse para o grupo no que diz respeito a coisas diferentes, o fazer diferente. É como se a dificuldade ou a necessidade de trocas fosse somente pertinente mediante um caso novo, complexo, ou de um quadro recente, pouco explorado, como é o caso do manejo com os dependentes químicos (assunto que desperta muito interesse).

Isso nos remete a profissionais sedentos de novos conhecimentos, por vezes, representado pelo o silêncio (sede de ouvir), ou o atropelamento das falas (inquietação na busca de apreensão do novo). Seja lá para que lado a balança decline, trará sempre um certo dinamismo ao grupo, um certo desequilíbrio à esse espaço.

O hospital é uma instituição de forte tradição no conhecimento psicanalítico e, neste espaço, questões com horário, formalidade do ambiente, são maneiras utilizadas para se organizar os elementos para apresentação de um caso que possuem um grande peso na formação.

“Agora olha só, o modelo de trabalho que a gente, no geral, utiliza pra todas as outras clínicas, elas têm um modelo de apresentação, e têm também um pouco da colaboração de cada um, tem que correr atrás do que a gente quer adquirir.” (Copo de leite)

“A proposta não é nada diferente além de refletir sobre o trabalho. Claro que é uma reflexão a partir de todo esse preceito, toda essa história que ela até trás um pouco.” (Copo de leite)

“A EP é um processo. Talvez tivesse que se iniciar daquele modo, mas será que já chegamos? O grupo já não está maduro para mudarmos.” (Chuva de prata).

O jeito mais protocolar pode trazer um efeito para a equipe de enfermagem no sentido de julgarem existir um modo de falar e se eles não se sentem seguros para entrarem nesse modo, então, eles não dizem, eles se calam.

Uma das coisas que a EP defende é a possibilidade do profissional olhar para o seu processo de trabalho, e a partir daí, reconhecer as potencialidades desse processo, transferindo-se da borda do processo para o centro das ações.

Diante disso, foi importante a possibilidade de se estar nesse espaço sem um caso específico, de modo mais flexível, permitindo serem abordadas questões, situações do processo de trabalho no interior das enfermarias. E se utilizando do dispositivo da roda o grupo se apropriou mais da discussão. Entretanto, isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de ‘perguntação’, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber. E se entendemos a EP como um processo, esses ‘fazerem’ estariam se complementando, sem formas pré-concebidas.

Então, temos no grupo a existência de permanente tensão em relação ao modo de fazer EP, o que nos mostra que é um espaço vivo, um espaço de movimento, de desequilíbrios de forças.

Retomando a discussão sobre o processo do trabalho em saúde, temos um terceiro fator que se mostrou presente no grupo de discussão, como algo que dificulta a participação de um maior número de profissionais da enfermagem nesse espaço:

“Eu vejo, diariamente, como é difícil a gente retirar o técnico do lugar dele, da convivência, da assistência para os demais estarem nesse lugar, assim... Todo mundo ficou assustado quando levei isso pra reunião, sabe? As pessoas ficaram: ‘como assim?’ ‘quantos minutos vai ficar com os técnicos?’. O médico e psicólogo: ‘a gente vai fechar o portão nesse horário, né?!’, ‘e se acontecer alguma coisa a gente vai chamar o plantão?!’ O setor está muito agitado, com pacientes novos, e aí me ligaram assim: ‘Lavanda do mar, não tem como a gente ir’.” (Lavanda do mar)

“Não há uma iniciativa de alguém: ‘deixa eu ficar pra você’. E se só tem o técnico ali, tudo bem ninguém vem. São os técnicos e ponto, você está entendendo?” (Gardênia)

“Mas, assim, nos setores, devido ao horário, horário de almoço, por exemplo, a [enfermaria] masculina está pegando fogo, e agora, tem que abrir a porta, fechar. Então fica difícil você se retirar assim.” (Tango)

“A gente naquela de “se virar”, a gente acaba não chamando.” (Estrelícia)

“Exemplo lá no setor: na quinta-feira as pessoas não perguntam ‘Tá difícil?’. [Elas] chegam: ‘Oh, estou indo pra sessão clínica’, e saem. Imagina se a enfermagem pegar e chegar hoje e falar: ‘Oh, estou indo pro estudo de caso!’ Entendeu? Todo mundo ia entrar em desespero.” (Lavanda do Mar).

Pode-se observar a dificuldade do resto da equipe em se ocupar do posto de enfermagem, assim como sustentar o trabalho com os usuários para a viabilização do grupo. Por outro lado, também é possível perceber a resistência da própria equipe de enfermagem de sair desse lugar.

Assim como o profissional da enfermagem carrega as marcas do seu passado, os demais profissionais podem também estar pisando em um terreno novo, instável, causador de constrangimento (ações de contato direto, em ato com os usuários) e insegurança.

Em contrapartida não é fácil ser um homem livre: fugir da peste, organizar encontros, aumentar a potência de agir, afetar-se de alegria, multiplicar os afetos que exprimem ou envolver um máximo de afirmação. Fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, fazer do pensamento uma potência que não se reduz à consciência (DELEUZE; PARNET, 1998, p.75).

De fato, se permitir estar em outros lugares, ocupando e se exercendo de outras funções não é uma tarefa fácil e de acontecimento natural, exige trabalho. E este, por sua vez, só é possível por meio da reflexão, da compreensão da importância de um espaço de EP para qualquer transformação no sentido de se autorizar e ao mesmo tempo se incluir nos processos do cuidado em saúde.

Diante de tais resultados, pode-se perceber que a melhor informação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo que carrega de potencial. Nesse sentido, se a informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva da nossa unidade de serviço; ou ainda, se uma informação nos impede de continuar a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tenciona nossas implicações com os

usuários de nossas ações, ela conseguiu realizar a educação permanente em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mudanças expressivas aconteceram no campo da saúde mental, a partir de 1970, no que se refere à forma de enxergar as pessoas que sofrem de algum transtorno mental e às direções nos tratamentos/cuidados oferecidos. Impulsionado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, intensificam-se os questionamentos com relação ao caráter excludente de cuidar e ocorre a consolidação de alternativas/dispositivos de cuidados para além do hospital psiquiátrico.

No atual momento em que se encontra a saúde mental, a equipe de enfermagem tem sido convocada a incorporar novas formas de compreender e promover a assistência, o que direciona para a prática voltada à reflexão do processo de trabalho até então construído e a possibilidade de problematização e, posteriormente, transformação do mesmo.

Nessa perspectiva é que se percebe a importância do investimento permanente nesses profissionais, compreendendo o seu papel central para uma prática, em que, por um lado o usuário tenha sua autonomia preservada e incentivada nos pequenos fazeres diário e que essa mesma equipe (de enfermagem) possa ir além da reprodução de prescrições técnicas, se posicionando também como um agente terapêutico; por outro, de serem capazes de se perceberem como agente produtor do cuidado, corresponsáveis no seu processo de trabalho.

Diante disso, a estratégia de Educação Permanente tem sido entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde', tendo em vista o trabalho. Isto é o que torna o espaço de EP do HPJ um lugar de troca, intercâmbio, de possível 'estranhamento' de saberes e da 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes.

O "caso Roberto", relatado no diário de campo, mostrou a importância de se compreender o cuidado em saúde mental como um trabalho que opera a partir de tecnologias de relações, encontros de subjetividades e processos de intervenção em ato, tornando o uso de dispositivos (no caso supracitado o cafezinho) inerente ao processo de EP, gerador de intensa potencialidade na prática, para a mudança do processo de trabalho.

Nota-se com a presente pesquisa, que há dificuldades para a equipe de enfermagem se fazer presente nesse espaço, tanto pela própria resistência em se permitir ocupar outros lugares, quanto pelos demais membros da equipe. Entretanto, consideram-se tais dificuldades como algo esperado e inerente a qualquer proposta de inovação. Por outro lado, constatou-se haver 'vida' nesse espaço, marcado por tensões, discussões, reflexões no trabalho.

A mudança na postura e na maneira de se colocarem no espaço do trabalho também foi uma realidade constatada na pesquisa.

A organização do espaço no formato da roda, ao mesmo tempo em que foi um instrumento visto como resistência por alguns integrantes do grupo, também foi compreendido como uma ferramenta capaz de proporcionar dinamismo e aproximação no grupo. E, desse modo, potencializando, esses profissionais de se conhecerem, descobrirem e se identificarem como um grupo.

Assim, em cada grupo há várias instituições em jogo. Logo, é esperado que conflitos sejam mobilizados de forma permanente, a partir das diferentes questões instituídas e instituintes que atravessam o grupo e que têm potência para provocar.

Considera-se importante ressaltar que a Educação Permanente se constitui um processo em contínua evolução e adequações. A importância está no grupo poder ir se construindo, se articulando com a possibilidade de reflexão, de análise e construção de soluções coletivas, sendo, portanto, palpável o amadurecimento dos mesmos nesse processo.

Para a EP, a informação necessária é aquela que se propõe como ocasião para aprendizagem, mas que também busca ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades.

E foi mergulhando no diário de campo, de forma a possibilitar uma narrativa que perpassasse alguns conceitos da análise institucional, ao passo que evidenciassem as vivências, os encontros e os desencontros da equipe de enfermagem e do próprio pesquisador que se configurava ao mesmo tempo em sujeito e objeto da pesquisa; que a estratégia de gestão da EP mostrou sua força de deslocar e despertar posições enrijecidas através do coletivo exercício reflexivo/criativo no grupo estudado.

8 REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Ana Lúcia; CORDEIRO, Benedito Carlos; MARQUES, Dalvani et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 435-40, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300019&lng=en&nrm=iso. Access on: 20 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300019>.

ABRAHÃO, Ana Lúcia Abrahão da. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Ciências médicas). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

ALLPORT, Floyd Henry. The group fallacy in relation to social science. **American Journal of Sociology**, v. 29, p.688-706, 1924.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994. p.73-84.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr., p. 1-7, 2009.

ARAGÃO, Tatiana Nardoni. **Reforma Psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental**. 2008. 92f. Monografia (Graduação em Psicologia). Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2008.

ARRUDA, Marina Patrício; ARAÚJO, Aliete Perin; LOCKS, Geraldo Augusto et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.

BADARACO, Jorge. **Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Trabalhar: usar de si - sair de si. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.345-363, 2007.

BARROS, Regina Benevides de. **Dispositivos em ação: o grupo**. In: Silva & cols. (Orgs.). *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 1994. Tese. (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1994.

BEAKLINI, Marita Juncá Trindade. **A proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental: o programa de bolsa-auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba Niterói (RJ) 163f**. Dissertação (Mestrado em saúde pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

BECKER, Daniel; EDMUNDO, Kátia; NUNES, Nilza Rogéria et. al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2012.

BILHIM, João. **Teoria organizacional, Estruturas e Pessoas**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa: Universidade técnica de Lisboa, 2001.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>> Acesso em: 01 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b, 85p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2008.

BREDA, Mércia Zeviani; ROSA, Walisete de Almeida Godinho; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.13, n.3, pp. 450-452, 2005.

BRUM, Liege Machado. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. 2009. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CÂMARA, Pedro B. **Organização e desenvolvimento de empresas**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

CAMPBELL, Donald T. Common fate, similarity, and other indices of the status of aggregates of persons as social entities. **Behavioral Science**, v. 3, n. 1, p. 14-25, 1958.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12, n. 4, p. 849-59, 2007.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 1. São Paulo, Jan/Mar. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 41-65, 2004.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, Adriana Ribeiro Rice; ABRAHÃO, Ana Lúcia; COIMBRA, Cecília Maria (Orgs.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos de formação em saúde**. Niterói: EDUFF, 2008.

COSTA, C. M. M; SILVA, M. J; PINTO, I. S. A contribuição da enfermeira no alcance dos objetivos da portaria ministerial que trata do processo transexualizador: Relato de experiência. In: **ENFCUIDAR**, 4º Simpósio Nacional: O cuidar em saúde e enfermagem, 2010. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

CRIVELRARO, João Luís Galego; MORAIS, Maura Edna Polverine; PAESA, Ana Paula Felini. **Educação Permanente em saúde**. Escola de Enfermagem, UNIANDRADE, 2007.

DAVINI, M. C; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **Relevancia de los aportes teórico-metodológicos recientes en el campo de la educación del personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. 1933 - Micropolítica e segmentaridade. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34. p. 83-115.

DELEUZE, Gilles. **O mistério de Ariana**: cinco textos e uma entrevista de Gilles Deleuze. Lisboa: Vega, 1996.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525.

FEUERWERKER, Laura Camargo. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno de Currículo e Ensino**, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FOUCAULT, Michael. **História da loucura**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir**. São Paulo: Vozes, 2010.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GUATTARI, Félix. Transversalidade. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental e na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

HANSEN, James C.; WARNER, Richard. W.; Smith, Elsie. M. **Group Counseling**: Theory and Process. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1976.

HESS, Remi. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In: HESS, Remi; SAVOYE, A. (coords.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1998, p.119-138.

HOMANS, George C. **The Human Group**. New York: Harcourt, Brace & World, 1950.

HOROCHOVSKI, Rodrigo Rossi; MEIRELLES, Giselle. Problematizando o conceito de empoderamento. In: **II Seminário Nacional de Movimentos Sociais, Participação e Democracia**, 2007. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Anais... Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais. Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf. Acesso em: 12 out. 2012.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, Jul, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2013.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

L'ABBATE, Solange. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, Nelson Filice de; CECATTI, José Guilherme; TURATO, Egberto Ribeiro. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2005.

L'ABBATE, Solange. **Médicas**. UNICAMP. Texto utilizado em aula de pós-graduação em 19 de maio de 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

LAPASSADE, Georges. **Conceito de Analisador**. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Texto utilizado em aula de pós-graduação, 2006.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LAPASSADE, Georges. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sônia (Orgs.). **Saúde Loucura**. Análise Institucional, n. 8. São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-99.

LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEVINE, John M.; MORELAND, Richard L.. Small groups: an overview. In: _____. (Eds.). **Small Groups: key readings**. New York: Psychology Press, 2006. p. 1-10.

LEWIN, Kurt; LEWIN, Gertrude Weiss. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1988.

LOPES, Sara Regina Souto; PIOVESAN, Érica Torres de Almeida; MELO, Luciana de Oliveira et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p.147-155, 2007.

LOURAU, René. **A análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, René. Análise Institucional e práticas de pesquisa. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (Org.). René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, René. **El análisis institucional**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1988.

LOURAU, René. Genèse du concept d'implication. **Pour**, v. 11, n. 88, p. 12-18, 1983.

LOURAU, René. Grupos e Instituição. In: ALTOÉ, Sônia (Orgs.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec; 2004.

LOURAU, René. **Le lapsus des intellectuels**. Toulouse: Privat, 1981.

LOURAU, René. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, Diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, S. (Org.). René Lourau. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 259-283.

LOURAU, René. **Une introduction à l'analyse institutionnelle**. Paris: Economica, 1997.

MACEDO, Ana Lúcia Parada; MARON, Maria da Glória Rocha. A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n.4, p. 205-211, 1997.

GUIMARAES, Eliane Marina Palhares; MARTIN, Sandra Haueisen; RABELO, Flávia Cristina Paolinelli. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Ciencia Y Enfermería*, v.16, n. 2, p. 25-33, 2010.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 20, n. 2, p. i-ii, maio/ago. 2009.

MANNING, Peter K.; CULLUM-SWAN, Betsy. Narrative, content and semiotic analysis. In: Denzin N.; Lincoln, Y. S. **Handbook of qualitative research**. New Delhi: Sage Publications; 1994.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Marina. **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Marina. **Técnicas de Pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARI, Jair de Jesus; BRESSAN, Rodrigo A; ALMEIDA-FILHO, Naomar *et al.* Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1. p. 161-169, 2006.

MATOS, Mariana Corrêa de. **Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 127f. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de; PEREIRA, Queli Lisiane Castro; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.

MERHY, Emerson Elias. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006, p. 276-82.

MEZZANO, Alicia Corvalán de. Lembranças pessoais – memórias institucionais: para uma metodologia de questionamento histórico-institucional. In: **Pensando as instituições: teorias e práticas em educação**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. , p. 35-66.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, Ana Emília Cardoso; ALMEIDA FILHO, Antonio José de; SANTOS, Tânia Cristina Franco et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 526-535, 2010.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Imagens do espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, p. 55-65, jan. 1999.

MORENO, Jacob Levy. **Fondements de la sociométrie**. 2ª ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.

MOTA, Amanda dos Santos et al. **Educação permanente em saúde mental**. [Mímeo]. 2012.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; MANZINI, Juliane Macedo; BOCCO, Fernanda. Reinventando as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni S. e; LEME, Fernanda Ribeiro da Gama; GODOY, Kathia Regina Galdino et al. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, v. 7, n. 12, jun. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEDUZZI, Marina; DEL GUERRA, Débora Antoniazzi; BRAGA, Carina Pinto et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 30, p.121-34, 2009.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2007.

PEREIRA, William César Castilho; PENZIM, Adriana Maria Brandão. Análise Institucional na vida religiosa: caminhos de uma intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, v. 7, n. 3, p. 521-540, 2007.

PEZZATO, Luciane Maria. **Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal**. 2009. 273p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

PEZZATO, Luciane Maria; MONTEIRO, Maria Inês; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil: uma história silenciada. **Odontologia e Sociedade**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 39-49, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2007.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. **Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses.** São Paulo: Via Lettera, 2007.

ROCHA, Eduardo Carvalho. Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 1, n. 4, p. 164-170, 2003.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 4, p. 64-73, 2003.

ROCHA, Marisa Lopes da. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio/ago. 2006.

ROCHA, Ruth Mylus. **Enfermagem em saúde mental.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2012.

RODRIGUES, Anabela Santos. **A definição do conceito de grupo e suas implicações no funcionamento do sistema.** O caso das equipes cirúrgicas. 476 f. Tese (Doutorado em psicologia). Coimbra: Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2004.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. O acrobata e o contrabandista: figuras histórico-caleidoscópicas para pistas (ainda) atuais de Lapassade e Guattari, com vistas a uma psicossociologia crítica. **Cadernos do IPUB**, n. 7, p. 40-88.

ROMANO, Jorge O.; ANTUNES, Marta. Introdução ao debate sobre empoderamento e direitos no combate à pobreza. In: _____ (Orgs.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p. 5-8. Disponível em: <<http://187.45.205.122/Portals/0/Docs/empoderamento.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SANCHES, Ieda Cristina Pereira. **O acompanhante e os desafios do cuidado hospitalar: acesso ou barreira?** Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2012.

SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, Jun. 2005.

SILVA, Ana Luisa Aranha; GUILHERME, Maria; ROCHA, Sandra Souza Lima et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, Out. 2000.

SILVA, Bárbara Tarouco da; BARLEM, Edison Luiz Devos; LUNARDI, Valeria Lerch et al. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência, **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 256-261, 2008.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Eстера Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 3ª ed., 2001.

SILVEIRA, Marília Rezende da; ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 645-51, 2003.

TAJFEL, Henri; TURNER, John. The social identity theory of intergroup relations. In: WORCHEL, Stephen; AUSTIN, William (Eds.). **Psychology of intergroup relations**. Chicago: Nelson-Hall, 1986.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VITAL, Fabiana Dias Lima; BRITO, Josélia Neves de. Educação permanente e saúde mental: um estudo bibliográfico. **Revista Tema**, Campina Grande, v. 7, n. 10/11, p. 38-48, 2008.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciências, História, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 1, p. 33-49, 2005.

WELLER, Wivian. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, maio/ago. 2006.

WESTPHAL, Marcia Faria; BOGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**, v. 120, n. 6, p. 472-81, 1996.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Espaços de reflexões e discussões sobre a prática assistencial. Niterói, RJ, 2012-2013

Espaços	Público	O que se propõe	Periodicidade
SIAF (1) Reunião de equipe	(1) 2 Psiquiatras, 1 enfermeiro diarista, 3 psicólogos, estagiários de psicologia, 6 acompanhantes terapêuticos, assistente social, técnico de enfermagem (diarista), terapeuta ocupacional, coordenadora do setor.	(1) Espaço voltado para a discussão dos casos, das dificuldades do setor, e o compartilhamento do plano de cuidados dos mesmos.	(1) Toda quinta
(2) Reunião de enfermagem	(2) Enfermeiro diarista e a equipe de enfermagem de plantão.	(2) Espaço destinado à reflexão do trabalho, onde a equipe de enfermagem compartilha as dificuldades e/ou as alternativas de se trabalhar com saúde mental.	(2) Quando possível, diariamente.
SRI Reunião de equipe	Toda equipe de plantão 2 Psiquiatras, 2 psicólogos, 1 enfermeiro diarista, 1 enfermeiro supervisor, 1 técnico de enfermagem(diarista), e estagiários.	Destina-se discutir os casos admitidos na emergência, compartilhar conhecimento sobre a sua clínica e os respectivos encaminhamentos.	Diariamente
SIAC	Toda a equipe (1 psiquiatra infantil, 1 enfermeira-diarista, a coordenadora do setor, 1 psicóloga, e todos os técnicos de enfermagem que trabalham no setor)	Espaço voltado para a discussão dos casos, das dificuldades do setor, e o compartilhamento do plano de cuidados dos mesmos.	Toda sexta
SAD (1) Reunião de equipe	(1) 1 psiquiatra, 1 psicólogo, a enfermeira diarista, o técnico de enfermagem (diarista), 1 assistente social.	(1) Espaço destinado à discussão de todos os usuários internados naquele momento, as delicadezas de cada caso e seus devidos direcionamentos.	Toda segunda
(2) Reunião da equipe de enfermagem	(2) Enfermeira diarista e os técnicos de enfermagem de plantão.	(2) Espaço destinado à reflexão do trabalho, onde a equipe de enfermagem compartilha as dificuldades e/ou as alternativas de se trabalhar com saúde mental.	(2)Diariamente

Continua...

...continuação			
Espaços	Público	O que se propõe	Periodicidade
ALBERGUE			
Divisão de Ensino e Pesquisa			
(1) Sessão Clínica,	(1) Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, residentes em psiquiatria e residentes em saúde mental, estagiários, assistente social, diretor do hospital, coordenadores dos setores e alguns técnicos de enfermagem, profissionais de saúde mental pertencentes a rede extra-hospitalar.	(1) Espaço destinado à apresentação de casos clínicos pelos residentes e para o compartilhamento de experiências na rede de saúde mental.	Toda Quinta
(2) Grupo de supervisão Clínica	(2) Enfermeiros diaristas, enfermeiros supervisores, acadêmicos de enfermagem, supervisora dos acadêmicos, coordenadora de enfermagem, técnicos de enfermagem dos diversos setores, coordenadores dos setores, coordenadora da divisão de ensino e pesquisa, psicólogos.	(2) Espaço destinado à troca de experiências em saúde mental, a apresentação de casos pelos acadêmicos de enfermagem, pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, (por vezes, em conjunto com outros membros da equipe).	Toda quarta
SIM			
(1) Reunião de equipe;	(1) Psiquiatras, enfermeiro diarista, psicólogos, estagiários de psicologia, acompanhantes terapêuticos enfermagem e assistente social, técnico de enfermagem (diarista), terapeuta ocupacional, coordenadora do setor.	Espaço voltado para a discussão dos casos, das dificuldades do setor, e o compartilhamento do plano de cuidados dos mesmos.	Toda segunda
(2) Reunião da enfermagem	(2) Enfermeiro diarista, acompanhante terapêutico e a equipe de enfermagem de plantão.	(2) Espaço destinado à reflexão do trabalho, onde a equipe de enfermagem compartilha as dificuldades e/ou as alternativas de se trabalhar com saúde mental.	Diariamente



Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com o item IV da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

(modelo – usuário, familiar/responsável e outros)

TÍTULO DA PESQUISA: Novas exigências para o trabalho de enfermagem em saúde Mental: a educação permanente como possibilidade de novas práticas

Prezado(a) Sr.(a):

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com a finalidade de oferecer melhorias para a atenção e o cuidado prestados aos usuários de Saúde Mental. Sua participação voluntária poderá nos fornecer informações sobre facilidades e dificuldades do caso em estudo. Para isso, pedimos sua colaboração para responder algumas perguntas. Pensamos que isso não irá lhe causar desconfortos, com exceção de alguns minutos retirados de suas atividades.

Somente no final do estudo poderemos concluir com a análise das experiências e as propostas para o campo da saúde mental.

O(A) Sr (a) poderá se recusar a participar, não responder uma pergunta qualquer ou interromper a entrevista a qualquer momento, com liberdade para isso e sem qualquer prejuízo para o cuidado prestado ao paciente/usuário do programa.

O depoimento será gravado digitalmente e poderá ser excluído, a seu pedido, em qualquer momento da pesquisa, visto que sua participação é voluntária.

Não será revelado e divulgado seu nome e demais dados pessoais e não ficarão identificadas as informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais nem compensações financeiras relacionadas à sua participação.

As gravações estarão seguras e nos comprometemos a utilizar os dados somente para esta pesquisa, sendo as entrevistas destruídas após sua utilização, se assim o desejar.

Os resultados da pesquisa serão divulgados e estarão acessíveis a qualquer pessoa.

Acredito ter sido devidamente esclarecido a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu conversei com o pesquisador, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou o paciente/usuário do Programa possa ter adquirido.

_____ Data: ___/___/___

Nome do entrevistado e vínculo

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do entrevistado

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do responsável pelo usuário

Nome:

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do pesquisador

Nome:

Local: _____

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Novas exigências para o trabalho de enfermagem em saúde Mental: a educação permanente como possibilidade de novas práticas.

Pesquisador: Amanda dos Santos Mota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03848612.0.0000.5243

Instituição Proponente: Universidade Federal Fluminense

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 125.286

Data da Relatoria: 05/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, com caráter exploratório e de abordagem qualitativa desenvolvido no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Os sujeitos desta pesquisa serão os técnicos de enfermagem e os enfermeiros lotados no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de implantação das ações de Educação Permanente no hospital psiquiátrico de Jurujuba/Niterói.

Objetivo Secundário: Descrever as mudanças no trabalho da equipe de enfermagem no HPJ a partir da implantação de um grupo de discussão/supervisão clínica; Descrever as características da EP no HPJ como dispositivo de mudança na prática profissional na saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco aparente aos sujeitos da pesquisa exceto a exposição profissional. Haverá benefícios de conhecimento da dinâmica profissional na área estudada.

"Esse trabalho estudará a importância da questão da educação permanente em um grupo de profissionais que representam uma porcentagem significativa nos serviços de saúde, mas que ainda são os que menos recebem investimentos no que diz respeito a formação. A partir da análise realizada no processo de trabalho naquele hospital, poderá ser gerado como produto propostas de expansão para melhoria do processo de educação permanente".

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU**



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"A coleta dos dados será realizada a partir de uma entrevista aberta, quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada".

Como pesquisa qualitativa, as conclusões serão essenciais para o desenlace do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de esclarecimento e a concordância da instituição envolvida foram apresentados.

Recomendações:

Não há. Solicito corrigir os erros de português e digitação no texto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NITEROI, 18 de Outubro de 2012

Assinador por:

ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro **Município:** NITEROI **CEP:** 24.030-210

UF: RJ

Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br