



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

WAGNER DE OLIVEIRA RODRIGUES

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
FORMAÇÃO DO MÉDICO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

NITERÓI/RJ

2015

WAGNER DE OLIVEIRA RODRIGUES

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
FORMAÇÃO DO MÉDICO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em 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: Formação Pedagógica em Saúde.

Orientadora: Professora Dr^a. Lucia Cardoso Mourão

NITERÓI/RJ

2015

WAGNER DE OLIVEIRA RODRIGUES

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
FORMAÇÃO DO MÉDICO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em 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: Formação Pedagógica em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lucia Cardoso Mourão – (Orientadora/Presidente)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Prof. Dr. Gilson Saippa de Oliveira – (1^o Examinador)
Universidade Federal Fluminense – Campus Nova Friburgo

Prof^a. Dr^a. Cláudia Mara de Melo Tavares – (2^o Examinador)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Prof^a. Dr^a. Ana Clementina Vieira – (Suplente)
Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO

Prof^a. Dr^a. – Ana Lucia Abrahão da Silva (Suplente)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

NITERÓI/RJ

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção no caminho desse sonho.

A minha família, que em nenhum momento deixou de demonstrar apoio e carinho.

A minha orientadora, Lúcia Mourão, que me mostrou o sabor e a importância da pesquisa, e que sem ela nada disso seria possível.

Aos meus colegas de turma que, compartilhando suas vidas, deu-me a força necessária para seguir.

À equipe de coordenação do mestrado, pela oportunidade, paciência e comprometimento com sua missão.

Aos meus amigos, por viverem e torcerem a cada instante.

A todos que estiveram envolvidos.

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA FORMAÇÃO DO MÉDICO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A institucionalização do ensino da Atenção Psicossocial no curso de Medicina em uma universidade do estado do Rio de Janeiro foi objeto da pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional de Ensino em Saúde. Como um processo social complexo, a Atenção Psicossocial supõe a articulação de mudanças em dimensões simultâneas e inter-relacionadas.

Objetivos: Avaliar a institucionalização do processo de ensino da Atenção Psicossocial realizado nos cenários de prática da Estratégia de Saúde da Família na formação do médico.

Metodologia: Desenvolvemos a abordagem socioclínica institucional, em sua modalidade de análise institucional das práticas, pela análise coletiva da encomenda e das demandas da coordenação do curso de Medicina. A coleta de dados foi feita através de encontros cujas observações foram registradas em um diário de pesquisa e entrevistas junto aos alunos do quarto período de Medicina que realizam sua prática na estratégia de saúde da família. A restituição das análises geraram outras reflexões. Em uma assembleia com todos os envolvidos, foram apresentados os resultados da pesquisa com o propósito de permitir-lhes o reposicionamento de seus papéis na instituição e a possibilidades de construção de novas análises. **Resultados:** Os principais temas que emergiram dos dados coletados foram: os objetivos e limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação da Atenção Profissional de Saúde; as nuances da avaliação do conhecimento produzido; a percepção da rede de atenção à saúde mental e a “essencialidade” do especialista: o público-alvo da Atenção Psicossocial na estratégia de saúde da família; os efeitos do tempo para apreensão do aporte teórico-prático da saúde mental pelos alunos; e as implicações discentes da escolha profissional. **Conclusões/Considerações:** Para que a sociedade possa lidar com as formas diferentes de sofrimento psíquico, ou com sofrimentos de qualquer natureza, é necessário que a formação dos profissionais e o sistema de saúde os enxergue sem preconceitos, considerando, simplesmente, as condições do ser humano, abandonando a concepção de cura, e adotando a concepção de cuidado fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres imersos no contexto social.

Palavras-chave:

ABSTRACT

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1 OBJETIVO GERAL

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 INFLUÊNCIAS DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

2.2 INSTITUIÇÃO, ANÁLISE INSTITUCIONAL E ALGUNS CONCEITOS QUE A FUNDAMENTAM

2.3 A SOCIOANÁLISE, A SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

3. METODOLOGIA

3.1 O ESTUDO, SUA TIPOLOGIA E O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

4. CONTEXTUALIZANDO OS FATOS

4.1 O QUE MUDOU EM TERESÓPOLIS APÓS A TRAGÉDIA DE 2011

4.2 A UNIFESO E O ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA FACULDADE DE MEDICINA

5. APLICANDO O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL NAS ORGANIZAÇÕES DE ENSINO E SERVIÇO

5.1 OS CONTEXTOS E AS INTERFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS

5.2 AS TRANSFORMAÇÕES QUE OCORRERAM NO CONTEXTO À MEDIDA QUE O TRABALHO DE INTERVENÇÃO AVANÇA

5.3 A ENCOMENDA E A DEMANDA

5.4 ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES

5.5 A PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS NO DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO

5.6 A INTERVENÇÃO E A INTENÇÃO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

5.7 APLICAÇÃO DA MODALIDADE DE RESTITUIÇÃO

5.8 TRABALHO DOS ANALISADORES

6. DISCUSSÃO

6.1 OS ANALISADORES QUE FIZERAM A INSTITUIÇÃO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FALAR

6.2 ANALISADOR 1: OS LIMITES DO ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO DA SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

6.3 ANALISADOR 2: A INFLUÊNCIA DO DINHEIRO E A CONCEPÇÃO ÉTICA DE UMA ORGANIZAÇÃO EDUCACIONAL NA RELAÇÃO COM OS SEUS EDUCADORES

7. PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE ANÁLISE COLETIVA DE PRÁTICAS DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO NOS MOLDES DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – 1º distrito. Fonte: portal Terê.

Imagem 2 – Bairro de Campo Grande antes da tragédia.

Imagem 3 – Bairro de Campo Grande depois da tragédia. Fonte: Arquivo próprio.

Imagem 4 – Ginásio Poliesportivo.

Imagem 5 – Abrigo de bebida Comary.

Imagem 6 - Representação gráfica do processo de intervenção nos moldes da socioclínica institucional (holograma).

LISTA DE SIGLAS

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIFESO – CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PPPI – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO INSTITUCIONAL
MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
DCN – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ABP – APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS
IETC – INTEGRAÇÃO ENSINO TRABALHO CIDADANIA
UBSF – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EUA – ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL
AI – ANÁLISE INSTITUCIONAL
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
HCT – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPLIS
OSME – OBRA SOCIAL SANTA MARIA EUGÊNIA
FESO – FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ABEN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
OS – ORGANIZAÇÃO SOCIAL
ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CNE – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CES – CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO
TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PPP – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO
IES – INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
CEP – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
GO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NAPS – NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho, que tem como objeto a institucionalização do ensino da Atenção Psicossocial na perspectiva do modelo da Atenção Psicossocial no curso de Medicina, foi realizado nos cenários de prática da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Teresópolis, Rio Janeiro.

A escolha pelo tema foi se construindo dentro do processo de minha inserção nos serviços de saúde e docência nesse município, permeado por situações conflitantes, por indagações e indignação, e, especialmente, por convicção no poder transformador do ensino frente às práticas de saúde, o que, de antemão, revela a minha implicação profissional.

Meu contato com o Sistema de Saúde de Teresópolis vem desde o período da minha graduação em Enfermagem iniciado em 2003, como docente do curso de graduação em Enfermagem em 2007, e das minhas atividades na docência do curso de graduação em Medicina do UNIFESO a partir de 2011, no qual pude atuar na aproximação dos alunos dos quatro primeiros períodos de Medicina, do nono período de medicina e os internos do oitavo período de Enfermagem da UNIFESO com a ESF. Em diversos momentos da prática nesse cenário, faziam-se presentes os alunos dos cursos de graduação em Fisioterapia e Odontologia para realizar ações pontuais de caráter multiprofissional.

Trabalhei durante quatro semestres acompanhando alunos do quarto período de Medicina na unidade básica de saúde mantida pela UNIFESO em parceria com a Obra Social Santa Maria Eugênia em uma comunidade atingida pela tragédia de 2011, e que não está coberta pelos serviços de saúde territoriais do município. Esse período do curso privilegia a prática na qual atuam as equipes multiprofissionais da ESF, dando ênfase à saúde mental dentro do contexto das ações voltadas ao atendimento no território.

A ESF, concebida em 1994, é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), resultante de uma evolução histórica de embates políticos e sociais de atores sociais que militam pela organização do sistema de saúde coletiva no Brasil. Busca a descentralização dos serviços de saúde com práticas críticas, reflexivas e de produção de saberes, cooperando para a superação da antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na cura da doença. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias,

democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2006).

Os alunos do curso de Medicina, assim como os de Enfermagem e Odontologia da UNIFESO, são inseridos precocemente nas ações de saúde junto à comunidade. Desde o primeiro período, eles começam a construir uma relação com o sistema de saúde e seus usuários, e passam a vivenciar *in loco* a realidade da saúde.

É importante frisar que experiências de comprovada efetividade vêm sendo incorporadas às práticas de saúde em todo o país motivadas pelo protagonismo de diferentes atores e esferas sociais que, considerando suas demandas, promovem ações inovadoras de saúde (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013).

Durante os quatro períodos iniciais do curso, os alunos vão se aproximando dos cuidados de saúde nos ciclos de vida da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde da Família do município. Esse movimento de encontro com a comunidade é feito junto com as equipes da ESF. Essas equipes vinculadas formalmente à Secretaria de Saúde do município têm a missão de atender seus usuários em consonância com os princípios do SUS no sentido da transformação do modelo tecno-assistencial de saúde, além de atuar, voluntariamente, como preceptores dos alunos de graduação da UNIFESO.

As equipes organizam seu trabalho de forma que seu cronograma de atividades internas e com a comunidade se desenvolva articulado com os objetivos do programa de ensino dos diversos períodos do curso de Medicina, configurando-se como um avanço na construção de integralidade da atenção e formação em saúde, apesar dos aspectos pedagógicos e administrativos não estarem claramente definidos nessa participação.

A presença dos alunos na comunidade se intensificou no ano de 2005, quando o UNIFESO implementou um Projeto Político Pedagógico Institucional (PPPI) com base nas novas diretrizes curriculares do MEC (Parecer CNE/CES 1133, de outubro de 2001), adotando metodologias ativas de ensino-aprendizagem para o aperfeiçoamento contínuo dos conhecimentos, competências e habilidades dos estudantes.

O PPPI trouxe os princípios da problematização, entendida por Berbel (1998) como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa de acordo com a natureza do problema em estudo e

as condições gerais dos participantes, e como orientação pedagógica para a formação dos futuros profissionais de saúde.

O desenvolvimento das unidades de ensino é organizado através da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) que, como pontua Penaforte (2001), apresenta-se como uma perspectiva construtivista, a qual considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da interseção entre sujeito e mundo.

A adoção de tais metodologias propicia, também, o desenvolvimento de estratégias de estudo que promovem a articulação interdisciplinar e a busca ativa e crítica de recursos educacionais adequados às necessidades e ao desenvolvimento da capacidade de trabalhar. Em suma, essa aproximação dos alunos com o serviço de saúde e com a comunidade tem o sentido de promover a aquisição de competências que habilitam o futuro profissional a conhecer os problemas de saúde e a atuar em conjunto na solução destes.

Porém, para a consolidação dessa metodologia de ensino, é necessária a desconstrução do modelo clínico hegemônico sustentado na doença, na ênfase da atenção hospitalar e da dimensão biológica que limita a compreensão do ser humano, reduzindo as possibilidades de inovação dos processos de cuidado à saúde e à saúde mental e da formação em saúde.

Com relação à UNIFESO, a adesão às novas metodologias de ensino gerou sentimentos e ações distintas nos docentes. Por um lado, houve resistência, motivada pela manutenção de sua área de conforto profissional, principalmente dos docentes vinculados às disciplinas técnicas que não reconheceram, na mudança, potencialidade suficiente que a justificasse, além do medo de se inserirem num contexto inverso ao instituído pela sua formação por décadas. Em outro lado, estavam os docentes que vislumbraram possibilidades de repensar e operacionalizar sua prática, seja pelo entendimento das necessidades da população, seja pela conveniência de um reposicionamento salarial e de função na universidade ou, até mesmo, por ambos.

O que não se contesta é a importância do docente na implementação das transformações inerentes à proposta de mudança curricular. Desse sujeito espera-se o entendimento da proposta de ensino, o confronto com as práticas vigentes em seu cotidiano e a reorganização de suas ações e relações. Mesmo os docentes que não comungam com a ideia têm sua importância, pois reconhecer seus questionamentos, aversões e resistências revelam

contradições que podem aprimorar o projeto organizacional de formação, e revelam as instituições que atravessam o ensino em saúde.

Nesse contexto de transformações, exercia minhas atividades na gestão, docência e preceptoria nas quais eclodiam, a todo instante, situações que refletiam na forma de introdução dos alunos de Medicina nos cenários de prática. Esse lugar diferenciado me dava o privilégio de observar e propor ações que, na minha visão, potencializavam a inserção dos alunos do curso de Medicina na ESF e, por consequência, no cuidado à saúde mental da população desse município.

A prática profissional que aqui analiso foi realizada na interseção entre a gestão da unidade, a preceptoria dos alunos da área da saúde e a assistência à saúde da população. A ocupação desse lugar me deu condições privilegiadas de analisar coletivamente minhas implicações profissionais com a institucionalização da formação médica. Saippa-Oliveira (2010, p.24) refere que

A formação como parte da gestão e transformação do trabalho em saúde volta-se à construção de um novo contrato ético-político entre os profissionais e a população, e não apenas como transposição de um formato de aprendizagem centrado na aula magna, para um segundo momento que passa a se organizar em espaços extramuros às instituições de ensino, sem que com isso se produza uma efetiva transformação dos olhares e práticas que ali ocorrem.

Concordando com o autor supracitado, constantemente me via diante da complexidade desse campo, no qual se entrecruzavam os profissionais de saúde, os alunos em processo de formação e os usuários do sistema de saúde. Observava que os profissionais-preceptores da ponta viviam no isolamento das suas ações, tinham cargas de trabalho excessivas, e havia cobrança constante da administração central pela produção de resultados quantitativos de procedimentos. Quanto aos alunos em formação, deparava-me com a falta de profissionais para gerir e inserir esses alunos no serviço de saúde, dificultando, assim, uma maior integração do ensino-serviço-comunidade. Em relação aos usuários dos serviços de saúde, observava a insatisfação das famílias e dos usuários da saúde mental sobre a resolubilidade e continuidade das ações promovidas pelos alunos. Em seus relatos, afirmaram sentir-se “usados” como meros objetos na construção do conhecimento do aluno, sem obter respostas significativas para as suas reais necessidades de vida. Ficavam à mercê da repetição engessada das ações que se interrompiam a cada período, dando início, após as férias, à aplicação das mesmas práticas finalizadas como as de identificação do paciente e de anamnese.

Outros obstáculos podiam ser observados tanto no campo político, quanto no das relações humanas. Nessa última, observava-se que os maiores obstáculos vinham da dificuldade em inverter a lógica da atenção à doença psiquiátrica para a atenção psicossocial, o que pressupõe mudanças nos mecanismos assistenciais, da estruturação da rede e da comunicação com os diferentes promotores de saúde. Sobre os aspectos políticos, os obstáculos vinham da incompatibilidade de ideias quanto à forma da assistência prestada e à incompatibilidade de objetivos “pessoais” entre os gestores: o municipal de saúde e o gestor da universidade revelando nuances dos interesses em disputa.

É importante recordar que vários foram os movimentos em prol da reestruturação da assistência psiquiátrica ao longo da história. Décadas de lutas foram necessárias para garantir o direito a um atendimento à saúde mental que contemple o paciente dentro da sua existencialidade. É com esse propósito que o modelo da Atenção Psicossocial almeja superar a forma como a sociedade se relaciona com a loucura.

A Atenção Psicossocial supõe um processo de transformações no paradigma manicomial, psiquiátrico e medicamentoso, nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Como um processo social complexo, a Atenção Psicossocial se desenvolve no bojo do processo de transição paradigmático da ciência da modernidade, e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas referentes aos campos: epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (MOURÃO; LUZIO, 2013).

Trazendo minhas implicações referentes à Atenção Psicossocial, em alguns momentos do meu percurso, enquanto docente da universidade, participando de reuniões nas comissões de currículo, avaliação e integração ensino-serviço-comunidade, mesmo que na maioria desses encontros prevalecesse o caráter informativo, suscitei discussões no sentido de revisitar os processos do ensino da Atenção Psicossocial com o campo da ESF, visando provocar nos sujeitos reflexões e ações que levassem a práticas mais integradas.

A oportunidade de ampliar esses debates surgiu de uma encomenda do coordenador do curso de graduação em Medicina endereçada à coordenadora da inserção do primeiro ao quarto período no sentido de revisitar a integração do ensino com a prática da Atenção Psicossocial no ano de 2013, motivada pelas muitas declarações de insatisfação dos alunos e

preceptores com a prática de Atenção Psicossocial na ESF comumente ouvidas em reuniões e pelos corredores da UNIFESO.

A coordenadora da inserção estendeu o convite aos docentes envolvidos no ensino teórico e na Integração Ensino Trabalho Comunidade (IETC). A proposta de integração ensino-trabalho-comunidade ampara-se no PPPI enquanto:

política de formação que se orienta pela confluência da teoria com a prática, priorizando a atuação em cenários reais, com atores sociais (docentes, discentes e da comunidade) em interação, intervindo e modificando a realidade em consonância aos pressupostos da missão do UNIFESO (PPPI, 2006, p.37).

Nela, os estudantes são distribuídos em pequenos grupos, e encaminhados para as unidades de saúde do município de Teresópolis, onde se integram às atividades do serviço e à comunidade sob supervisão de docentes e profissionais da rede (preceptores). Além disso, tendo como referência a Unidade Básica de Saúde da Família, há um estímulo ao desenvolvimento de atividades em escolas, creches, asilos e associações, desde que precedidas por diagnóstico que defina a pertinência das demandas a serem atendidas.

É nesse contexto que aproveito a oportunidade para propor uma intervenção com base na Análise Institucional Lourau-Lapassadeana em sua versão socioclínica institucional. Tinha a crença de que analisar a instituição ensino da Atenção Psicossocial, no âmbito da sua integração com o campo ESF, na formação dos médicos no município de Teresópolis e a partir dos conceitos de instituição (em seus momentos instituído, instituinte e institucionalização, implicação e analisador), poderia favorecer a compreensão dos fatos.

Considerando minhas reflexões sobre a formação dos profissionais médicos, os conflitos institucionais, a institucionalização do SUS e da Atenção Psicossocial, e pensando nos moldes de uma intervenção socioclínica, formulei alguns questionamentos que, além de nortear a pesquisa, também poderiam ser utilizados com os participantes do estudo no momento da intervenção socioclínica:

- Qual a visão dos docentes, preceptores, alunos em relação ao modelo da Atenção Psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica?
- Quais são as dificuldades na operacionalização desse modelo?
- Como os atores avaliam a integração ensino-serviço-comunidade no ensino da Atenção Psicossocial?

- Quais os efeitos da inserção dos alunos no processo de trabalho da ESF, para a comunidade que necessita de assistência à saúde mental?

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a institucionalização do processo de ensino da Atenção Psicossocial realizado nos cenários de prática da ESF, na formação do médico da UNIFESO.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Correlacionar a evolução da Atenção Psicossocial ao longo da história e suas interfaces com a formação dos profissionais de saúde;
- Aplicar a metodologia da socioclínica institucional para análise das práticas de formação profissional em saúde;
- Identificar as nuances da institucionalização da Atenção Psicossocial e sua integração com a Estratégia de Saúde da Família na formação dos médicos no município de Teresópolis.

O estudo se justifica por trazer para reflexões alguns aspectos que considero importantes tanto para a formação profissional, quanto para a transformação nas práticas dos profissionais que atuam na ESF. Pelo lado da formação, os questionamentos realizados, durante a intervenção socioclínica institucional, poderão criar espaços de discussão e esclarecimento em relação às posturas dos profissionais frente às mudanças curriculares introduzidas pelas DCN/2001, como relatado na problematização deste estudo. A esse respeito, Mourão e Luzio (2013, p.355) esclarecem que:

Estudos sobre as nuances da implementação das novas propostas curriculares construídas a partir das DCN apontam a existência de mecanismos de resistência à mudança, sobretudo pelos docentes envolvidos nesta formação.

Torna-se, portanto, relevante fazer um estudo que possibilite que gestores, docentes, preceptores e alunos reavaliem suas práticas e realizem reflexões sobre os motivos dos conflitos e das resistências que inviabilizam a mudança na prática assistencial e na formação dos futuros profissionais.

Toma-se, juntamente com Mourão *et alii* (2007; 2012), a “educação como um campo amplo e complexo, que pode ser entendido como uma instituição” que abrange um conjunto de instituições e organizações. Nesse conjunto, cada organização educacional institui, contínua e sistematicamente, processos de aperfeiçoamento e atualização no sentido de responder a novos desafios e necessidades do contexto social mais amplo. Para tanto, torna-se importante compreender essa dinâmica. Referem os autores que alguns elementos das pesquisas desenvolvidas no campo da Análise Institucional, utilizando o estudo socioclínico institucional preconizado por Gilles Monceau (2012), têm conseguido avançar em relação aos resultados dos trabalhos.

Concernente à Atenção Psicossocial e às dificuldades de implementação dessas práticas na ESF, o estudo pode contribuir para que os debates levantados, durante a intervenção socioclínica institucional, tragam à tona um pensamento mais crítico sobre as atividades didáticas desenvolvidas até o momento, com possibilidades referidas por Mourão e Luzio (2013, p.358) de introduzir uma nova prática pedagógica “mais atualizada, crítica, coerente e cada vez mais ajustada às necessidades dos estudantes”.

Trazer um estudo que aborde a mudança proposta pelo SUS a despeito da Atenção Psicossocial torna-se relevante por entender que essa mudança ainda é um devir na prática da maioria dos profissionais que atuam na ESF.

Luzio (2013, p.501) coloca que:

Atualmente no campo da saúde mental observa-se a convivência dos modelos da psiquiatria biológica e da Atenção Psicossocial, embora com a predominância do primeiro. Constata-se também que a formação acadêmica das profissões da saúde oferecida nas universidades, tanto no nível da graduação, como pós-graduação, é centrada no modelo biológico.

Entende-se, assim, que o estudo se justifica por trazer para debates e reflexões tanto os aspectos relacionados à formação, quanto aqueles relacionados às práticas dos profissionais de saúde que atuam como gestores, docentes ou como preceptores na ESF, tendo como proposta contribuir para um repensar nos caminhos que vem tomando a atenção psicossocial nas universidades e no cotidiano das práticas dos profissionais da ESF. Enfatiza Jesus (2013) que projetos de pesquisa devem ser realizados nos cenários dos serviços públicos de saúde, pois permitem que os obstáculos, na implementação das novas políticas, sejam explicitados,

provocando nos sujeitos envolvidos um repensar na sua prática docente ou assistencial, e possibilitando-lhes a crença de que é possível a consolidação das propostas do SUS.

1.3 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi organizada em oito capítulos. O capítulo 1 traz a introdução do estudo, no qual se procura situar o leitor no cenário da pesquisa, que envolve as minhas implicações iniciais com a situação pedagógica, o desenvolvimento da prática dos profissionais de saúde na Atenção Psicossocial, a problematização do estudo, as questões norteadoras, os objetivos e a relevância e justificativa para a sua realização.

O capítulo 2 apresenta um histórico da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, destacando como se encontram, nas equipes da Saúde da Família, os aspectos relacionados à saúde mental e à Atenção Psicossocial. Nesse capítulo, consideramos importante situar o referencial teórico metodológico que foi utilizado no estudo, abordando os conceitos da análise institucional e da socioanálise, e realizando aproximações sobre a socioanálise e a socioclínica institucional.

O capítulo 3 traz a metodologia, destacando o tipo de pesquisa e o referencial teórico metodológico que será utilizado. Também traz o cenário do estudo, os instrumentos de coleta de dados, e faz referências aos participantes do estudo sem maior aprofundamento, pois esse tema será tratado no próximo capítulo, bem como os aspectos éticos da pesquisa.

O capítulo 4 aborda a contextualização do estudo, trazendo as mudanças que ocorreram no cenário depois da tragédia que aconteceu em Teresópolis, em 2011. Apresenta, também, alguns aspectos relacionados à formação dos alunos de Medicina na Universidade da Serra dos Órgãos (UNIFESO), principalmente com relação ao ensino da saúde mental e da prática dos alunos na Atenção Psicossocial.

O capítulo 5 constitui o coração deste estudo, pois é nele que se apresenta como foi desenvolvida a pesquisa nos moldes da socioclínica institucional. Traz para análise suas oito características, a saber: os contextos e as interferências institucionais; as transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avançava; a encomenda e a demanda; a análise das implicações; a participação dos sujeitos no dispositivo de intervenção;

a intervenção e a intenção da produção de conhecimentos; aplicação da modalidade de restituição; e os analisadores que fazem a instituição educativa falar, relacionando o trabalho de campo a cada uma das características da socioclínica institucional.

O capítulo 6 traz a discussão da pesquisa realizada a partir de dois analisadores que emergiram durante a elaboração da intervenção. Tais analisadores, ao permitirem à instituição de ensino da Atenção Psicossocial falar, revelam aspectos antes não revelados durante a elaboração do estudo.

O capítulo 7 apresenta um protocolo para a análise coletiva de práticas de formação dos profissionais na rede de serviços de saúde baseado nas premissas da socioclínica institucional. Essa estratégia, que visa oferecer aos grupos que realizam a análise das práticas de formação em saúde nos serviços, constitui-se em uma exigência dos mestrandos profissionais: a apresentação de um produto aplicado à prática como forma de justificar a sua relevância social. Elencamos as etapas que sugerimos serem realizadas, fundamentando-as com as premissas dos autores da AI e da Atenção Psicossocial, assinalando a utilização crítica dessa metodologia no sentido de não encarcerar a produção contínua do conhecimento e de evolução da própria metodologia sugerida.

O capítulo 8 encerra o estudo trazendo as considerações finais em que se apresenta o alcance dos objetivos, realiza observações sobre a utilização do referencial teórico metodológico e seus limites, e traz as nuances da institucionalização do ensino da Atenção Psicossocial no curso de Medicina, segundo as análises das implicações do autor.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 INFLUÊNCIAS DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo, destacamos alguns movimentos na evolução da reforma psiquiátrica no mundo contemporâneo, visando contextualizar o sentido que, hoje, orienta a Atenção Psicossocial preconizada pelo SUS e a sua influência na formação do médico.

O hospital psiquiátrico, assim como o olhar para a doença mental e seu tratamento, sofreu importantes críticas no período pré Segunda Guerra Mundial. Os momentos vividos diante da violência e da exclusão na guerra dispararam reflexões e discussões mais intensas sobre o sofrimento mental no que se refere à superação dos modos degradantes de cuidar das pessoas através de novas abordagens conceituais e operacionais. Nesse momento, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, tanto em relação à crueldade, quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício, e compreendeu-se que estes deveriam mudar, pois as práticas ocorridas no seu âmago eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Desse contexto, surgem as primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Na década de 50, o foco era eminente à necessidade de mudança no interior dos hospitais psiquiátricos, inserindo-se então a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. A comunidade passa a integrar o movimento da reforma psiquiátrica, na década de 60, com a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva). Por fim, na década de 70, os questionamentos se direcionavam para a Psiquiatria Clássica com os movimentos ascendentes da *Antipsiquiatria* e da *Psiquiatria Democrática Italiana*.

A comunidade terapêutica tinha o seu foco principal no processo de trabalho realizado no hospital psiquiátrico, produzindo a reforma com mudanças nas relações administrativas e técnicas, horizontalizando a participação das equipes, funcionários e doentes. A valorização dos aspectos democráticos, participativos e coletivos possibilitou a corresponsabilização do funcionamento do hospício, onde o papel terapêutico era assumido pelos médicos, pacientes, familiares e comunidade através da criação de reuniões e assembleias gerais, transformando, assim, a dinâmica institucional (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Para atuação direta no seio das instituições asilares, o movimento da comunidade terapêutica era orientado em princípios que delineavam a sua forma de intervenção como: liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise em termos da dinâmica individual e interpessoal de tudo que acontece nas organizações; tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões etc.); presença de toda comunidade nas decisões administrativas do serviço (DESVIATE, 1999).

Mesmo com avanços substanciais nas práticas psiquiátricas dentro das organizações, a comunidade terapêutica não se mostrava eficiente no trato com a violência e a exclusão, mesmo estes sendo pontos indissociáveis do hospital psiquiátrico. Segundo Amarante (2007), embora essa proposta tentasse modificar o hospital para que ele voltasse a alcançar seus objetivos iniciais de tratar os pacientes, não questionou outros aspectos, tais como: o lugar onde eram desenvolvidas as práticas da psiquiatria, o conceito de doença mental e a relação entre doença mental e sociedade.

Ainda vislumbrando a reforma psiquiátrica dentro do contexto asilar, surge na França a Psicoterapia Institucional, que propunha a superação da segregação, da verticalidade das relações e críticas ao poder médico, entendendo, assim, que a organização asilar apresentava características doentias, necessitando de tratamento. Teve sua maior representação na figura de François Tosquelles, que exerceu uma intensa mudança no hospital de Saint Alban, passando a ser referência de luta para "salvar" os pacientes e promover melhores condições de tratamento, resgatando o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

A Psicoterapia Institucional teve forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, principalmente das teorias psicanalíticas de Freud/Lacan, compreendendo a doença mental a partir do conceito de alienação, quer na perspectiva da alienação social, quer da alienação psicótica. Objetivava a análise de alienação do paciente por intermédio da constituição de um coletivo de médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos (LUZIO, 2013).

Para Jean Oury, diretor da Clínica La Borde, na França, o objetivo da Psicoterapia Institucional:

é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo "institucional" pela

mediação de “objetos transicionais”, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de “técnicas de mediação”, que podemos chamar de “objetos institucionais”, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização (OURY, 1976, *Apud* VERZTMAN, 1992, p.28).

Podemos concluir que, até esse momento, a reforma psiquiátrica se pautava restritamente ao espaço hospitalar, tendo a funcionalidade da estrutura hospitalar ligada à comunidade terapêutica enquanto a Psicoterapia Institucional se preocupava com mudanças na própria terapêutica da organização, dando às futuras iniciativas de reforma importantes contribuições (AMARANTE, 1996).

Uma nova abordagem da Atenção em Saúde Mental desponta, também, na França e traz, no seu bojo, mais um componente que vai influenciar em sua evolução: a comunidade. Esse movimento, conhecido por *psiquiatria de setor*, deslocava o eixo do hospital para o território a fim de resgatar o caráter terapêutico que, na sua visão, não ganhava forma na estrutura alienante do asilo, corroborando, ainda, com a diminuição dos gastos com as internações psiquiátricas.

A psiquiatria de setor objetivava estruturar um serviço público de ajuda e de tratamento em saúde mental no território, colocando à disposição da população o acesso universal a novas formas de atendimento, com uma qualidade de serviço até então reservada apenas aos setores privilegiados do público. A internação deveria ser abolida. Buscava, igualmente, abandonar o conceito de assistência e construir uma estratégia em que os projetos terapêuticos individuais contemplassem, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva de saúde. Por conseguinte, a política de setor não almejava somente fazer outra psiquiatria, mas também, uma ação de saúde pública (LUZIO, 2013).

Todavia, o hospital psiquiátrico não sairia totalmente da cena terapêutica. Ele se colocava, nesse contexto, como uma fase auxiliar no tratamento do paciente, sendo dividido em setores que eram igualmente organizados geograficamente na comunidade sob o acompanhamento de equipes de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais com a função de produzir o cuidado e planejar ações de saúde mental.

Essa aproximação do modelo com a comunidade foi alvo de críticas. O juízo dado à loucura pelas equipes remetia à necessidade de controle desses pacientes e, para isso, o hospital psiquiátrico, mesmo sob o questionamento da sua produção do cuidado, não só continuava a existir, como reafirmava sua força, já que fazia parte da funcionalidade do

sistema. Para Luzio (2013), essa experiência promove apenas uma conciliação do hospital psiquiátrico com os serviços externos.

Saindo do velho continente, rumo às Américas, mais especificamente para os Estados Unidos da década de 60, vivia-se o momento de sua consolidação como representante dos países capitalistas e, conseqüentemente, para sua liderança econômica, cultural e científica. Foi nesse cenário que surgiu a Psiquiatria Preventiva (Comunitária), idealizando uma reforma da Atenção à Saúde com foco na prevenção e erradicação das doenças mentais.

Alguns fatos contribuíram para esse surgimento, dentre eles um censo realizado em 1955, que pesquisou as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, cujos resultados caíram como uma bomba sobre o departamento de saúde mental, dando visibilidade às precárias condições de assistência, à violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados em todo país (AMARANTE, 2007). Os desdobramentos desse censo levaram o então Presidente Kennedy, em 5 de fevereiro de 1963, a discursar sobre o assunto: “Proponho um programa nacional de saúde mental que consiste na inauguração de uma ênfase e de uma abordagem inteiramente novas para cuidar de doentes mentais” (KENNEDY *Apud* CAPLAN, 1980, p.2).

Esse programa tinha, na figura de Gerald Caplan, seu principal expoente. Ele afirmava não só a possibilidade de tratamento das doenças mentais, como também, de preveni-las, intervindo nas causas e na sua evolução, ou seja, entendia que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Essa identificação, quase um apontar de dedo para os males da sociedade, em certos casos, tinha um caráter efetivo, porém, deu início a uma verdadeira caça a todo tipo de suspeito de desordens mentais. Essa busca era realizada principalmente através de questionários com perguntas sobre vários aspectos da vida pessoal dos indivíduos, seja pela família e amigos, por um profissional de assistência comunitária, por um juiz, por um superior administrativo do trabalho ou, até mesmo, por iniciativa da própria pessoa (AMARANTE, 2007).

Dois conceitos importantes delineavam a intervenção preventiva. O primeiro era o conceito de crise, construído fundamentalmente a partir da noção de “adaptação e desadaptação social”, consagrando a proposta de saúde mental comunitária, em que as equipes identificam e intervêm nas crises individuais, familiares e sociais dentro da comunidade. O outro conceito era o da psiquiatria preventiva, a desinstitucionalização tornou-se diretriz *sine qua non* das políticas de saúde mental nos EUA e, posteriormente, no Brasil. Entendia-se tal termo por um conjunto de medidas de desospitalização que passavam pela

redução do número e do tempo de internações ou, ainda, de promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2007).

Para tanto, foram implantados vários serviços de saúde mental na comunidade como: centro de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias, leitos em hospitais gerais, para que o hospital psiquiátrico se tornasse dispensável. Esse movimento teve eco no Brasil, e influenciou, na década de 80 – momento de reforma psiquiátrica e da saúde coletiva –, a abertura para novas ideias que contribuíram na construção do modelo da Atenção Psicossocial e da integralidade no cuidado em saúde. Segundo Tenorio (2000), tal contribuição decorre não apenas da crítica que tal movimento faz ao manicômio, mas também ao fato de que a expressão *saúde mental* produziria a possibilidade do descentramento da figura do médico no tratamento do usuário, além de delinear um novo campo de saberes e práticas não restritos à medicina e à psicologia tradicionais.

No entanto, as críticas relacionadas à expansão da medicalização social e o fato do não rompimento com a perspectiva tradicional de cuidados de saúde mental, mesmo com o aumento dos serviços extra-hospitalares, não levou à redução das internações. Ao contrário, cresceu consideravelmente a taxa de internações psiquiátricas e a medicalização dos indivíduos. Todas essas críticas foram determinantes para que o modelo fosse desabilitado.

Comparando estas transformações em outros países, observamos que, na Inglaterra, os questionamentos partiam para o saber e para a prática psiquiátrica. A *antipsiquiatria* que, para Roudinesco (1998), teve uma duração efêmera e, para Guatarri (1981), era mais como um movimento literário, ambos convergem nos seus discursos enaltecendo os avanços que esta trouxe ao movimento da reforma psiquiátrica.

Seus principais autores, Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, insistiam na ideia de que o entendimento e o tratamento da loucura, até então, se pautavam na violência ao ser humano.

Segundo Amarante (1995, p.47), a antipsiquiatria dá uma abordagem existencial para a loucura quando afirma que:

A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade.

A reforma psiquiátrica, até aqui, nos trouxe várias maneiras de pensar o espaço terapêutico, a etiologia e o tratamento da loucura. É fato que nenhuma delas foi definitiva em seu todo, mas todas elas evidenciaram práticas exitosas.

A Psiquiatria Democrática Italiana foi o movimento com maior influência na reforma psiquiátrica brasileira. Dentre todos os caminhos percorridos na reforma da psiquiatria, a experiência italiana foi a que melhor entendeu a natureza da instituição psiquiátrica, com intervenções profundas na assistência e na forma de conceber o sofrimento humano e o seu contexto de vida.

O movimento de luta antimanicomial da Itália, na década de 1960, tinha influências teóricas de vários movimentos, sendo a antipsiquiatria inglesa, com sua crítica à posse do saber/poder pela ciência psiquiátrica, promotora de mudanças importantes no entendimento da loucura (GOULART, 2004).

Surge, assim, uma ruptura do saber psiquiátrico. E a grande representação do movimento está na figura de Franco Basaglia, psiquiatra, nascido em Veneza no ano de 1924. Em 1961, ele deixou a Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Provincial de Gorizia, cidade localizada ao norte da Itália, onde os internos sobreviviam em meio a complexas e desumanas práticas de saúde (AMARANTE, 1994).

As rápidas mudanças implementadas no hospital de Gorizia aproximaram, através de espaços coletivos, todos os envolvidos com o processo, unindo médicos, técnicos e pacientes em reuniões e assembleias para, de início, resgatar a dignidade dos pacientes, extinguindo métodos violentos e repressivos de tratamento (AMARANTE, 1994).

A chegada de Basaglia ao hospital de Gorizia trouxe, no seu bojo, influências de outros modelos, como: o da psicoterapia institucional, de François Tosquelles, e o da comunidade terapêutica, concebida por Maxwell Jones. A proposta era de “devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio” (DESVIAT, 1999, p.42).

A análise das experiências mostrou a Basaglia que os modelos francês e inglês não eram definitivos para a real desconstrução/construção da assistência psiquiátrica, já que não questionavam a exclusão imposta pelo saber psiquiátrico, nem a continuidade dos manicômios, e nem a inclusão do espaço social no processo terapêutico.

Basaglia não desautorizava o cuidado, mas uma nova maneira de entender, tratar e lidar com a loucura. Não pretendia o simples fechamento dos hospitais, mas a substituição gradual por serviços de saúde mental no território. E, por fim, não negava a existência da doença mental, mas a “colocava entre parênteses” para evidenciar a pessoa. Para Basaglia (2005, p.36), “pôr ‘entre parênteses’ a doença e o modo pela qual ela foi classificada, para

considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis”.

Colocar a doença mental entre parênteses não desconsidera o fato de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, não é negação da doença mental, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao “duplo” da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994).

Basaglia (1985, p.121) afirma que “se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova”. O doente, que já sofre de uma perda de liberdade que se pode considerar como característica da doença, ao aderir a um novo corpo que é, na realidade, o da organização, está negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e, ainda, ele próprio.

A institucionalização do sujeito sobrepõe não só o que “restou” dele próprio como, também, as características da doença. Amarante (1996) entende que “duplo da doença mental” é tudo aquilo que se constrói, em termos institucionais, em torno do internado: é a face institucional da doença mental construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito sobre o qual se edificam uma série de “pré-conceitos” científicos, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental.

O fechamento do Hospital de Gorizia se deu no ano de 1968, motivado pelo pedido dos trabalhadores, que almejavam a abertura de centros de saúde na comunidade, pois entendiam que a falta de condições econômicas e sociais impediam que os internos vivessem fora dos muros manicomial. Porém, as resistências políticas e administrativas encontradas pelos trabalhadores resultaram numa declaração de cura a todos os pacientes e numa demissão em massa dos trabalhadores (AMARANTE, 1994).

Nesse sentido, em 1970, na cidade de Trieste, situada no nordeste da Itália, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, dando início a um projeto ainda mais amplo de reinvenção da assistência psiquiátrica. Sua proposta era realizar um processo de desinstitucionalização que restitui a complexidade do fenômeno da loucura, voltado para o

hospital psiquiátrico e para todo o conjunto de saberes e práticas da psiquiatria (LUZIO, 2013).

Objetivava o falecimento de toda segregação da estrutura manicomial e a substituição do modelo hospitalocêntrico que, invariavelmente, contribuía para o processo de exclusão e violência do doente mental num movimento alienante e despersonalizante das relações humanas estabelecidas na sociedade capitalista que considerava a aptidão para o trabalho como determinante da condição de normalidade (AMARANTE, 1994).

Para Cooper (1973, p.31):

se quer falar de violência em psiquiatria, a violência que brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, os “sadios”, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência da psiquiatria.

O processo de desinstitucionalização norteado pela utopia de uma sociedade sem manicômios propõe uma revisão epistemológica e, sobretudo, ética da loucura, na busca de uma ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos “doentes mentais”. Na Itália, ele foi caracterizado por três aspectos construídos paralelamente à desativação do manicômio: a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização da ação terapêutica no enriquecimento da assistência global, concreta e complexa do paciente; e, por fim, a construção de estruturas externas, que são totalmente substitutivas da internação psiquiátrica (LUZIO, 2013).

A implantação de novas estratégias se deu logo no primeiro momento de trabalho no San Giovanni, redefinindo a contratação de pessoal, a organização interna do sistema de punição e a criação de pavilhões sem distinção de gênero ou diagnóstico. Assim, logo nos primeiros anos, os avanços já eram bem visíveis com a desativação de alguns pavilhões e o fim de práticas violentas, como celas e camisas de força (AMARANTE, 2003).

Nesse contexto, Basaglia propõe novas maneiras de assistir e tratar o paciente no território com ações de reinserção social e resgate da cidadania. Centros de saúde territoriais, com práticas de apoio a pacientes, familiares e comunidade, eram criados de acordo com o fechamento do hospital psiquiátrico. Possibilidades reais de reinserção social eram viabilizadas por cooperativas, ateliês, rede de moradia para quem não tinha família e associações de usuários e familiares (*Ibidem*).

Como reforça Rotelli (1990), na cidade de Trieste, em substituição ao hospital psiquiátrico, foram implantados sete centros de saúde mental (um para cada bairro), que funcionavam 24 horas por dia, com atenção contínua e intensiva. São serviços que atendem a toda patologia psiquiátrica, porém, dentro do bairro, atuando no âmbito territorial, com as portas sempre abertas, com respeito aos direitos da pessoa.

De acordo com Passos (2009), aos poucos, o manicômio de Trieste foi sendo “destruído”. Esse processo, que contava com a participação dos internos, familiares, profissionais, estudantes, artistas e comunidade, levou ao seu fechamento definitivo em 1977.

Um concreto reconhecimento da ação de Basaglia se deu na aprovação da lei 180, de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. Versava, ainda, a respeito da criação de serviços comunitários com áreas de atendimento determinadas, e da abolição do estatuto de periculosidade do portador de transtorno mental (DESVIATE, 1999).

No contexto das experiências de Gorizia e Trieste, um grupo de profissionais de saúde mental, baseado nas ideias basaglianas, fundou, em 1973, a Psiquiatria Democrática Italiana, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como base para pesquisas referentes à adequação dos serviços às exigências da organização social (AMARANTE, 2003).

O trabalho de Basaglia deixa, como grande legado para a reforma psiquiátrica, a possibilidade real de uma psiquiatria sem processos terapêuticos que levem à degradação do ser humano e sem os dispositivos e modelos hospitalares, produzindo um novo lugar para a loucura na relação com a existência do doente mental.

O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, porém sua magnitude e urgência histórica dão ao processo de reforma psiquiátrica brasileira um contexto de protagonista da sua própria transformação, nos anos 70, a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Dava-se início a questionamentos sobre: o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde; a incapacidade dos serviços privados em oferecer tratamento que atendessem minimamente as necessidades dos usuários; a falta de assistência médica; e a deficiente organização dos serviços que culminava na superlotação e falta de higiene. Práticas

degradantes de assistência como camisa de força, maus tratos e privação de comida geravam indignação aos que conviviam com esse processo.

A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Um primeiro documento, concernente ao direcionamento das ações de saúde, foi elaborado a partir de reflexões do professor Luiz Cerqueira, da faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto, e aprovado pela Previdência Social em 1973: um manual de serviço para assistência psiquiátrica. Esse manual trazia a importância de medidas extra-hospitalares, condenava as internações em macro-hospitais e incentivava a equipe multiprofissional. No entanto, o destino dos recursos da Previdência Social era o serviço hospitalar privado, impedindo assim a efetivação do manual. A mudança proposta pelo manual só poderia ser efetivada concomitantemente com a transformação do modelo das políticas de saúde no Brasil (AMARANTE, 2003).

Para Amarante (1995), é devido a esse contexto que alguns profissionais de saúde denunciaram situações irregulares nos hospitais psiquiátricos, deflagrando uma greve no órgão do Ministério da Saúde, denominado DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), responsável pela formulação de políticas de saúde do subsetor saúde mental. Fato que contribuiu para fortalecer a mobilização de profissionais de diversas áreas e movimentos, surgindo pequenos núcleos estaduais, principalmente, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo-se, assim, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Esse movimento finca mais uma bandeira no processo de reforma da saúde mental, como encontrado em BRASIL (2005). O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O MTSM, movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge nesse ano. É, sobretudo, esse

movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir, a partir daí, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência; e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas.

A incorporação dessa nova forma de lidar com o sofrimento psíquico requer dos profissionais de saúde competências que são adquiridas no processo de qualificação profissional inicial ou permanente, conforme assinala Tavares (2006, p.404):

A mudança no campo da saúde mental impõe transformações na área da Educação, requerendo profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde, por meio de uma ação dialógica com diferentes atores sociais, visando o enfrentamento dos problemas de saúde e a melhoria nas condições de vida.

A organização desses conteúdos nos programas para a formação em saúde dos novos profissionais ou daqueles que já estão no exercício de suas funções devem levar em consideração aspectos que vão além da dimensão biológica. Neles, devem estar incorporados o como se apropriar de conhecimentos sobre o território, a cultura, os valores e práticas que as pessoas compartilham no seu cotidiano de maneira a construir articuladamente projetos terapêuticos singulares com os sujeitos.

2.2 INSTITUIÇÃO, ANÁLISE INSTITUCIONAL E ALGUNS CONCEITOS QUE A FUNDAMENTAM

A análise institucional é originalmente realizada a partir de uma encomenda a um grupo de analistas que se debruçam sobre as demandas de grupos de profissionais ou de outra clientela que estão nas organizações sob a influência de instituições. Sendo assim, torna-se importante conceituar a palavra "instituição" que é encontrada nas reflexões sociológicas contemporâneas e não é compreendida de forma consensual.

Para Castoriadis (1991, p.159), “A instituição é uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e em relações variáveis um componente

funcional e um componente imaginário”. Para esse autor, os homens se comunicam e cooperam entre si num meio simbólico criado através de uma linguagem que se transforma historicamente. Para Ardoino e Lourau (2003), instituição é um conceito permanentemente em crise pelo seu caráter polissêmico, ou seja, por comportar mais de um sentido. Às vezes, atribui-se à instituição o significado de instituído, outras vezes, o de instituinte, o que pode qualificá-la por um conceito equivocado. Para tais autores, esse conceito é ainda problemático, pois dificilmente a instituição se mostra claramente ao observador e à análise (LOURAU, 1975, p.118-143) (ARDOINO; LOURAU, 2003, p.17-26).

Para Moura (2003), a instituição seria uma entidade ao mesmo tempo frágil, como os serviços públicos e o casamento, e portadora de esperança e de futuro, como o capitalismo empresarial.

É importante ter em mente que instituição não é um conceito descritivo, não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas e concretas, mas constitui-se em uma “dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história ou tempo” (LOURAU, 1993, p.11). O autor complementa que as instituições não podem ser pensadas como instâncias separadas, sendo necessário entender que a sociedade é atravessada por um conjunto de instituições em todos os níveis de formação social.

Para Baremlitt (1994), as instituições, segundo a forma e o grau de formalização que adotam, podem ser leis, normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos. Elas produzem uma lógica que determina a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana, clarificando o que está prescrito e o que deve ser proscrito. Em um plano formal, uma sociedade não é mais que um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana e a relação entre os homens.

Nas instituições, podem ser observadas duas vertentes que são bastante discutidas por institucionalistas como Baremlitt (1994) e Lourau (1993). São elas: a vertente do instituinte e a vertente do instituído. Referem os autores que, em alguns momentos históricos, pode-se assistir a movimentos de revolução de uma instituição, operando nela profundas transformações. A essas forças, que tendem a criá-las e/ou recriá-las, denominam-se forças instituintes. Apesar do instituído apresentar uma tendência para o conformismo, resistência a mudanças, é necessário entender o instituído como sujeitos abertos a uma política instituinte,

caso contrário esta não se realizaria. Daí, ser importante entender a vida social como um processo em permanente transformação, em busca de maior realização e criatividade, na qual a relação complementar e contraditória entre o instituinte e o instituído se mantém permanentemente permeável, fluída e elástica.

Relacionando à discussão do objeto deste estudo, “a institucionalização do ensino da atenção psicossocial”, e entendendo ser a educação uma instituição, apoiamo-nos em L’Abbate (2014, p.3-5) quando este fala sobre as características principais de uma instituição:

- *A instituição exerce um padrão de controle (coercividade)*, que indica uma ação social imposta aos indivíduos. Segundo o que foi abordado até o momento, pode-se dizer que a educação, aqui representada pelas práticas de ensino, é apropriada por outras instituições, como o estado com suas políticas de controle voltadas à formação dos profissionais de saúde, dentre outros. Percebe-se, sobretudo, esse padrão de controle nas políticas de atenção psicossocial, que são emanadas da instituição Ministério da Saúde para serem implantadas em âmbito nacional. É importante destacar que essa coercividade não significa que a instituição educação não possa mudar e que as pessoas não possam mudar as instituições;

- *A instituição permite objetivar a realidade (objetividade)*. As práticas cotidianas dos profissionais de saúde objetivam de maneira bem explícita a instituição educação ao revelar como acontece o ensino da atenção psicossocial nas universidades e nos campos de prática;

- *A instituição permite interpretar e justificar a realidade*. Nada mais fácil para justificar a realidade do que a educação de uma sociedade, que se desdobra em diferentes políticas, normas, regras, condutas que devem ser executadas pelas organizações de ensino, ser apreendidas pelos docentes e profissionais de saúde nos diferentes âmbitos de atenção. Cabe esclarecer que o papel desempenhado pelos diferentes atores e as normas e regras estabelecidas pela instituição educação são bastante diferenciados nas sociedades de todo mundo, revelando, em todos os espaços, as contradições existentes entre o que está sendo normatizado (instituído) e o que realmente acontece no cotidiano dos trabalhadores (processos instituintes);

- *As instituições são experimentadas como algo dotado de realidade exterior (exterioridade)*. Isso quer dizer que a educação é algo situado, por assim dizer, fora de nós. Ainda que a educação faça parte de nossas vidas desde o nascimento no seio da família, ela sempre é entendida como alguma coisa exterior a nossa pessoa. Obedecemos a normas e regras que não foram criadas por nós. Vêm de um outro mais próximo, como um professor,

um ente da família, ou mais distante, quando pensamos que a educação é planejada em um dos ministérios do estado e, portanto, não pertencente a nossa realidade objetiva;

- *As instituições exercem uma autoridade moral sobre os indivíduos.* Através de exemplos, todos nós aprendemos a exercer nossos papéis na família e na sociedade como pessoas ditas “educadas”. Esse agir vai depender muito da situação econômica e social em que o indivíduo vive de seus princípios morais e religiosos, de seus valores. Assim, construímos nosso código de ética e de moral vigente na sociedade em que vivemos (sempre tendo em vista o grupo/a classe social em que nos inserimos, a época em que vivemos, etc.);

- *As instituições tem uma historicidade.* A educação, apesar de ser universal, como toda instituição, tem uma história própria, existindo desde o surgimento do homem na terra, e se modificando ao longo do tempo e nas diferentes sociedades. Assim, uma mesma lei ou portaria educacional, com suas regras e normas, tem um significado diferenciado para aqueles que vão desenvolver as ações, dependendo da situação social, econômica, cultural onde serão aplicadas. Por conta disso, o ensino e a implantação da atenção psicossocial no município de Teresópolis é um caso que deve ser particularizado nas suas especificidades, lembrando, contudo, que o local e o geral são sempre atravessados pela instituição educação.

Lourau (1975) fala sobre os três momentos da dialética que ocorrem em uma instituição. O primeiro é o momento da *universalidade*, que se refere aos sistemas de normas, aos valores que orientam a socialização, a ideologia, ou seja, o instituído. Trazendo para o estudo em pauta, verificamos que, nas políticas voltadas à formação dos profissionais de saúde, as normas e regras que regulamentam a implantação nos serviços de saúde da atenção psicossocial fazem parte desse momento de universalidade, instituindo e normatizando condutas. O segundo momento é o da *particularidade*, cujo conteúdo se resume às determinações materiais e sociais que negam a universalidade dada no primeiro momento. Esse é o momento instituinte que, no contexto estudado, pode ser observado no modo como a implantação e implementação da atenção psicossocial vêm sendo questionada pelos docentes, profissionais da assistência e alunos. Ao colocarem em crise algumas normas e condutas, e ao trazerem questionamentos quanto ao processo de formação, abrem espaço para a criação de outras maneiras de entender este modelo de assistência e de formação profissional, desenvolvendo novas condutas permeadas pela criatividade e inovação. Finalmente, Lourau (1975) aborda sobre o momento da *singularidade*, de negação da particularidade, em que o conceito de instituição tem por conteúdo as formas organizacionais, jurídicas ou anônimas necessárias para atingir determinado objetivo ou determinada finalidade que é denominada

como o momento da institucionalização. Neste estudo, esse momento vai ser mais bem compreendido na fase dos resultados.

A partir do que foi dito sobre instituições, o próximo passo é tornar mais claro o arcabouço teórico-metodológico da *análise institucional*.

L'Abatte (2013, p.32-43) esclarece que, na década de 1960, na França, a Análise Institucional (AI) começou a ganhar espaço junto a diferentes pesquisadores, e vem sofrendo transformações ao longo do tempo, trazendo seu caráter inovador/instituinte em relação ao conjunto de saberes e práticas existentes, até então, em suas respectivas áreas de conhecimento. O termo Análise Institucional foi criado por Félix Guattari “para nomear uma tendência na ação teórica e prática que se tornou movimento na década de 60 na França”. Para a autora supracitada, no Brasil, o institucionalismo foi introduzido na década de 1970, durante o regime da ditadura militar vigente desde 1964, período marcado fortemente pela restrição das liberdades políticas e pelo desrespeito aos direitos de cidadania. Inicialmente, a AI se inseriu em alguns departamentos de psicologia de universidades públicas do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte e em diferentes grupos de pesquisa constituídos de diferentes profissionais.

De acordo com Barembliitt (2002, p.11),

O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais.

A autora (p.9) destaca que, na análise institucional, devem-se levar em consideração alguns aspectos fundamentais:

expressões como “ação teórica e prática” e “movimento”; constituição de grupos multiprofissionais; método de análise em situação e de abrangência micropolítica (toda ação que visa transformação é política); inquietação do analista institucional/socioanalista no sentido de questionar ao mesmo tempo, a si mesmo, a instituição da qual se origina e a instituição na qual intervém.

Para Hess e Savoye (1993, p.75),

institutionnelle a pour but la compréhension d'une réalité sociale, partant des pratiques et des énoncés de ses acteurs. La méthode utilisée met en oeuvre un ensemble de concepts dont les principaux sont ceux d'institution, de transversalité, d'analyseur, d'implication, de commande et demande. Idéalement, l'analyse est

effectuée, collectivement et en situation, par les acteurs eux-mêmes, avec ou sans le recours à des analystes extérieurs. On parle alors de socioanalyse.¹

Para Rodrigues (1993), as contribuições de Lourau e Lapassade foram marcantes para o desenvolvimento da AI na sua vertente socioanalítica de tradição dialética. As seis operações da intervenção socioanalítica que eles enunciaram no livro *Chaves da Sociologia*, publicado em 1971/1972, consistiam de: análise da encomenda e da demanda; autogestão da intervenção; regra do tudo dizer ou da liberdade de expressão; elucidação da transversalidade; análise das implicações do pesquisador-praticante; e construção ou elucidação dos analisadores.

Bastante discutido pelos autores aqui citados e por outros autores que trabalham com a AI e que serão utilizados neste estudo são os conceitos de *implicação* e de *analisador*.

Barbier (1985, p.120) nos traz o seguinte conceito de implicação:

A implicação no campo das ciências humanas pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições, passada e atual nas relações de produção de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade e conhecimento.

Para Lourau (2004), o conceito de implicação surge para ocupar o lugar de *contratransferência institucional*, opondo-se radicalmente às pretensões de objetividade fixadas pelos pesquisadores em ciências sociais. Nas pesquisas, a posição do pesquisador e, especificamente na análise organizacional, a posição do sociólogo-especialista é definida em termos que significam distanciamento em relação ao objeto.

Refere o autor que a análise institucional vem se contrapor a esta posição de distanciamento entre pesquisador e o objeto da pesquisa a partir do conceito de implicação. Afirma que a implicação vem colocar um fim à postura de neutralidade do pesquisador, afirmando que o analista é sempre um elemento que faz parte do campo da pesquisa, daí ser impossível que ele não esteja implicado de alguma maneira com seu objeto de trabalho.

¹A análise institucional tem por objetivo a compreensão de uma realidade social, partindo das práticas e dos enunciados dos seus atores. O método utilizado abarca um conjunto de conceitos cujos principais são os de instituição, de transversalidade, de analisador, de implicação, de encomenda e de demanda. Idealmente a análise é efetuada coletivamente e em situação pelos próprios atores, com ou sem o recurso dos analistas externos. Falamos então da socioanálise. (Tradução livre dos autores)

Barbier (1985, p.107-116) considera três níveis de abordagem do conceito de implicação: a de natureza *psicoafetiva*, no nível individual, em que o objeto de investigação sempre questiona os fundamentos da personalidade profunda; e a implicação *histórico existencial*, que está bastante articulada com o nível psicoafetivo. Refere o autor que, enquanto sujeito social, os hábitos, as percepções, a prática científica estão ligados à socialização e à classe social de origem do pesquisador. Finalmente, a implicação *estrutural profissional*, em que acontece a mediação entre família, religião, política e sexualidade. Diante dessas mediações, torna-se possível avaliar a importância das duas implicações anteriores.

Pelo que podemos deduzir, a implicação ocorre em diferentes setores da nossa vida, mas ela assume um destaque importante por ocasião da pesquisa, em que fica claro que o pesquisador está sempre implicado com o seu objeto de estudo, acabando de vez com a falácia da neutralidade e distanciamento do pesquisador.

Com a introdução do conceito de implicação na AI, os institucionalistas negam a neutralidade científica nas suas intervenções, colocando coletivamente em análise os seus pertencimentos, engajamentos e recusas diante das situações de crise. O analista deve implicar-se, falar dos seus problemas, dos seus desejos, ultrapassando as ilusões positivistas e elucidando a relação do investigador com a sua produção, com o seu objeto de investigação, a sua relação com o saber, o ter e o poder. Esse conceito varia segundo as diferentes correntes institucionalistas.

Segundo Mourão (2006, p.204), a implicação como elemento presente nas ações conscientes ou inconscientes dos sujeitos deve ser sempre analisada individual ou coletivamente como estratégia de elucidação das condições dialéticas em que vivemos, mesmo que esta esteja camuflada pela sobreimplicação.

Para Monceau (2008, p.23), “a sobreimplicação pode ser definida como uma impossibilidade de analisar a implicação”. Lourau (2004, p.191) esclarece que, na sobreimplicação, “a relação com o objeto ocupa todo o espaço e esvazia os outros campos de implicação existentes – como a encomenda, a instituição, a relação com a teoria, a relação com a escritura”.

O conceito de *analizador*, mencionado inicialmente por Guattari, é um dos mais fundamentais para a AI, pois traz à luz a verdade institucional que se encontra obscurecida e naturalizada no dia a dia das organizações. Trata-se de um conceito polissêmico que é utilizado em várias disciplinas, desde a química até a psicanálise, e é “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975).

Lapassade (1977) acrescenta que uma instituição não se apresenta a nós de maneira imediata, mas sim a partir dos analisadores, sejam eles naturais ou construídos; são os analisadores que fazem a análise e não o pesquisador. Para Lapassade, o conceito de analisador acaba com o trabalho de interpretação e com o discurso explicativo tão comum aos pesquisadores.

Para exemplificar o que é um analisador, Lourau (2004) traz a ideia do analisador químico que decompõe um corpo em seus elementos, produzindo, em certa medida, uma análise. Trazendo o exemplo para um sonho ou uma fala, refere que essa decomposição, de um todo em seus elementos, pode ser entendida como uma interpretação, como um deciframento. Com esse proceder, esclarece o que está escondido e só se revela pela operação que consiste em estabelecer relações entre elementos aparentemente disjuntos. L’Abatte (2014, p.17) complementa que o analisador é um conceito polissêmico, porque originado da experiência de várias disciplinas, desde a química até a psicanálise.

Lourau (2004, p.188) afirma que é quase impossível analisar o devir sem tentar descrever em que ele nos analisa – ele, o analisador de todas as coisas, o parceiro da contradição permanente.

Com relação ao que foi abordado sobre instituições e sobre a AI, L’Abatte (2013) coloca ser importante apreender como as instituições se apresentam, e como, enfim, podemos entender seus processos constantes de mudança. E qual, afinal, é o papel delas na sociedade, uma vez que se tem afirmado muitas vezes que a sociedade é constituída por um conjunto de instituições.

De posse de uma melhor compreensão sobre o que é a instituição e no que consiste a AI, a seguir, realizaremos uma breve reflexão sobre os métodos de intervenção utilizados na análise institucional: a socioanálise e a socioclínica institucional.

2.3 A SOCIOANÁLISE, A SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Os métodos utilizados nas intervenções de grupos e coletivos tiveram sua origem em 1970, na França. Hess (2004, p.23) assinala que foi René Lourau quem propôs e descreveu, no interior da abordagem da Análise Institucional, a socioanálise definida “como um método de intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições”. A socioanálise foi se firmando nas organizações e instituições francesas por colocar a instituição em análise.

Para L’Abbate (2013, p.50), a partir de 1966, as intervenções surgem em outros moldes, passam a ser de mais longa duração, e “as práticas socioanalíticas, assumem outras formas, tais como a supervisão, a avaliação e a assessoria”. Destaca a autora supracitada que, no final da década de 1980 e nos anos 90, as modalidades de intervenção foram se diversificando na corrente da AI de acordo com as encomendas e demandas e esfera de intervenção.

A socioclínica institucional surge com Gilles Monceau em 1998, no campo das ciências da educação, levando em conta

a dinâmica institucional em análises localizadas, nas quais nem sempre as “regras” da socioanálise podem ser praticadas inteiramente. Nessas intervenções utilizam-se como dispositivos, dentre outros, o acompanhamento das práticas profissionais, levando em conta sua relação com a instituição Educação e com o próprio Estado, com destaque para a análise das implicações primárias e secundárias; exposições teóricas; trabalho pessoal de escrita visando, em última análise, associar atividades de pesquisa às atividades de formação dos professores (L’ABBATE, 2013, p.50-51).

Sobre o método da socioclínica institucional, abordaremos, posteriormente, de maneira a se evitar repetições, em dois momentos desta dissertação. No capítulo 5, colocaremos em discussão o campo e o processo de intervenção realizado para analisar o processo de institucionalização do ensino e da prática da atenção psicossocial na UNIFESO. E, no capítulo 8, traremos a proposta de um produto desta dissertação realizada a partir da representação gráfica do processo de intervenção nos moldes da socioclínica institucional.

3. METODOLOGIA

3.1 O ESTUDO, SUA TIPOLOGIA E O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Este é um estudo de abordagem qualitativa que utiliza o método socioclínico institucional da análise institucional francesa em sua concepção teórico-metodológica. Trata-se de uma pesquisa-intervenção desenvolvida pelo pesquisador em interações com os sujeitos selecionados através de reuniões e entrevistas coletivas com os estudantes de medicina e profissionais dos serviços de saúde e dos seus registros em um diário de pesquisa.

Minayo (2007, p.21) coloca que a pesquisa qualitativa

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Richardson (2011), a pesquisa qualitativa pode contribuir para o entendimento da dinâmica dos processos sociais vivenciados por uma população, além de corroborar para o entendimento comportamental dos indivíduos, o que se aplica aos objetivos e objeto deste estudo.

A pesquisa-intervenção é aquela na qual pesquisador e sujeitos participantes são constituídos ao mesmo tempo “num processo mediatizado pelos saberes e pelos não saberes sobre o que foi possível produzir e pensar” (PEZZATO; PRADO, 2013, p.169).

Lourau (1993, p.29-30) entende a intervenção quando esta é circunscrita à realidade dos grupos. Referindo-se ao método, explica que “nosso método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva”. Destaca que a intervenção pode funcionar como um dispositivo por permitir “se analisar coletivamente uma situação coletiva”.

Pezzato e Prado (2013) complementam que o importante na pesquisa intervenção é a atitude do pesquisador, suas implicações com o problema e, principalmente, seu papel de participante em todo contexto no qual se desenvolve a pesquisa, sendo possível uma interação entre os participantes, o que possibilita a produção de conhecimentos e de mudanças em uma dada realidade.

Para Severo Dimenstein (2013, p.539), a pesquisa- intervenção:

Busca questionar o sentido da ação dos sujeitos e os atravessamentos aí interpostos... A pesquisa-intervenção favorece a reflexão das instituições que atravessam os sujeitos envolvidos na pesquisa e a análise da implicação, dos lugares ocupados por eles, incluindo o próprio pesquisador.

Diante do que foi exposto pelos autores, a pesquisa intervenção é a que mais se aproxima da realidade do campo pesquisado e, também, da interação entre pesquisador, professor, preceptores, alunos e comunidade e das diferentes implicações que atravessam as muitas instituições dos participantes do estudo.

Aproximando o referencial teórico-metodológico da AI da área de saúde e sua aplicação nas pesquisas em saúde coletiva, Solange L'Abbate (2013) considera que as pesquisas com este referencial podem ser realizadas em duas dimensões. Uma delas é a análise de papel e a outra é a socioanálise. Neste estudo, optamos por utilizar a socioclínica institucional proposta por Monceau (2002), por corresponder melhor às ações desenvolvidas durante as intervenções realizadas junto aos participantes da presente pesquisa.

Gilles Monceau, ao longo dos anos 2000, analisou a diversificação das práticas de AI e os demais estudos socioclínicos, sobretudo na educação e na saúde, e fundou um arcabouço teórico-metodológico para suas pesquisas sob o nome de “socioclínica institucional”. Essa abordagem pode ser desenvolvida em quatro modalidades: intervenção socioanalítica, análise institucional das práticas profissionais, pesquisa-ação, investigação socioanalítica (MONCEAU, 2013). Nesse contexto, abordamos a modalidade de análise institucional das práticas, que supõe o manejo de técnicas em diferentes campos de investigação, iniciando pela análise coletiva da encomenda e das demandas feitas pela coordenação do curso de Medicina e, posteriormente, considerando as outras características. Tal modalidade adequou-se ao estudo pelo fato da intervenção acontecer durante o semestre em que os estudantes de Medicina desenvolviam práticas ligadas à atenção psicossocial.

As oito características da abordagem socioclínica institucional consistem de:

análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem na medida em que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção da produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e às interferências institucionais (MONCEAU, 2013, p.93).

O autor declara que essas características não são percebidas como obstáculos, tomadas em sequência, ou como condição inicial do trabalho, mas como material necessário para se apresentar os desafios colocados pelas situações, facilitando a investigação.

Na discussão deste estudo, cada uma dessas características vai ser apresentada e contextualizada de maneira que possamos melhor entender a aplicação da socioclínica institucional e da AI nas pesquisas da saúde coletiva.

3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

Faz-se necessário contextualizar o cenário de saúde de Teresópolis, no estado do Rio de Janeiro, trazendo à baila a estruturação dos processos de atenção à saúde oferecidos a seus moradores para que possamos compreender em que contexto se realiza a formação em saúde.

O sistema de saúde de Teresópolis conta com uma capacidade instalada de treze unidades da ESF, acomodando dezesseis equipes de saúde, e cobrindo 32% do seu território. Conta, ainda, com três hospitais privados e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) dirigida por uma organização social. Essa rede tem o objetivo de proporcionar cuidados de saúde baseados nos princípios da integralidade, universalidade e equidade que orientam a atuação do e no SUS.

As origens de Teresópolis datam da primeira metade do século XIX, quando a família imperial encantou-se com as belezas naturais e o clima dessa região serrana, realizando frequentes visitas. Seu nome é uma homenagem à Imperatriz Teresa Cristina, mulher do Imperador D. Pedro II. Em 6 de julho de 1891, através do decreto nº 280 do, então, Governador Francisco Portela, a freguesia foi alçada à condição de município, passando a denominar-se Teresópolis, sendo desmembrado o seu território do município de Magé. A cidade abriga a sede do Parque Nacional da Serra dos Órgãos, bem como grande parte do Parque Estadual dos Três Picos, o maior parque estadual do Rio de Janeiro. É uma cidade cercada por matas e por formações bastante conhecidas, como o Dedo de Deus, Pedra do Sino, Agulha do Diabo, Pedra da Tartaruga e Mulher de Pedra.

Com uma altitude de 910 metros, a cidade é a mais alta do estado, e seu clima agradável atrai muitos turistas que desejam curtir o frio da serra carioca. Atualmente, Teresópolis é formada por sessenta bairros oficiais, além de inúmeros loteamentos, como

Vale Feliz, que não é considerado um bairro. Os bairros mais populosos são São Pedro, Meudon, Alto e Várzea.

O município tem como sua principal fonte econômica a produção de hortaliças que sustentam várias famílias do segundo distrito (Vale do Paquequer) e do terceiro distrito (Vale do Bonsucesso). A cidade faz parte do cinturão verde do estado do Rio de Janeiro, região responsável pela produção da maior parte dos hortigranjeiros consumidos no estado. A cidade tem ainda vocação turística, possui comércio diversificado e setor hoteleiro muito desenvolvido. Hoje, o município conta com uma cervejaria no 2º distrito e um polo industrial no 1º distrito, no bairro do Meudon, que é o 2º mais populoso.

A população de Teresópolis, segundo o IBGE (2010), é de 163.805 habitantes, e isso faz do município o 19º mais populoso do estado. A cidade reúne um grande número de favelas, e a maior parte dos seus habitantes mora em áreas de risco, tanto nos morros, quanto nos vales. As cadeias de montanhas que cercam a cidade, denominadas Serra dos Órgãos, fazem com que a parte central forme um imenso vale cortado pelo rio Paquequer.

Teresópolis está oficialmente subdividida em três distritos. São eles:

1º distrito: Teresópolis — Centro e bairros adjacentes. Fazendo fronteira com o Município de Guapimirim, na BR 116, o município de Petrópolis é margeado pela RJ 495, que faz a ligação do município com o distrito de Itaipava (Petrópolis) e o município de Cachoeira de Macacu através da mata do Jacarandá. É a região mais populosa, e abriga o grande centro comercial, dispondo da maioria dos serviços públicos. É comum, nesse território, uma imensa diversificação cultural, uma vez que a proximidade entre os habitantes é inevitável, dada a falta de áreas próprias para a construção de novas moradias.

2º distrito: Vale do Paquequer — Faz divisa com o município de São José do Vale do Rio Preto e Sumidouro. Essa é a região mais dependente do 1º distrito. Ali, falta infraestrutura, serviços de saúde e educacionais. Isso faz com que sua população precise recorrer à parte central do município de Teresópolis em busca de atendimento nas áreas de saúde e educação. A única fonte de sustento é a pouca produção agrícola e o trabalho em uma cervejaria que fica na localidade de Água Quente, cortada pela BR 116, que liga o estado do Rio de Janeiro a Minas Gerais. Essa região sofre com a circulação de um grande número de veículos vindo do Rio de Janeiro em direção ao nordeste do Brasil.

3º distrito: Vale de Bonsucesso — Faz divisa com o município de Nova Friburgo pela RJ 135. É conhecido, também, como Cinturão Verde e vem a ser um importante fornecedor de hortaliças para todo o estado do Rio. Essa região distrital tem condições favoráveis ao desenvolvimento populacional através de infraestrutura comercial. No campo educacional, oferece à comunidade local o ensino fundamental até o ensino médio. Já em relação aos serviços de saúde, há, no distrito, uma lacuna entre a oferta e a procura. Por isso, é necessário recorrer ao 1º distrito para obter atendimento especializado.



Imagem 1 – 1º distrito. Fonte: portal *Terê*.

Fotografia da região do 1º distrito denominando distrito de Teresópolis (Imagem 1), tirada do Parque Nacional da Serra dos Órgãos. A foto mostra o 1º distrito cercado pelas montanhas da Serra dos órgãos em primeiro plano, e as montanhas do parque Estadual dos Três Picos ao fundo.

Uma das maiores preocupações para seus munícipes, que sonham com uma cidade melhor, é a herança perpetuada pela família real que, até os dias atuais, permanece: o sentimento de posse imposto por uma minoria. Dessa forma, a implantação de políticas públicas de saúde, educação, habitação e desenvolvimento sustentável são dificultadas. Isso faz com que a cidade padeça numa relação em que o bem privado prevalece em detrimento do bem público.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados foram coletados em um diário de pesquisa, nos relatórios finais produzidos por todos os alunos ao final do quarto período do curso de Medicina, e em entrevista coletiva realizada com esses alunos em sala reservada para tal fim na UNIFESO, no segundo semestre de 2013, onde já cursavam o quinto período.

O diário institucional, segundo Hess (1988), é uma tentativa pedagógica para favorecer com que as pessoas passem do nível da escrita íntima para o nível da escrita pública. Para o autor, essa técnica consiste na descrição diária, como em um diário íntimo, dos fatos organizados em torno de uma vivência em uma instituição que pode ser sobre seu trabalho, sobre sua relação com a pesquisa etc.

Conforme afirma Hess (1998, p.6), “o diário pode tornar-se uma ferramenta de intervenção, método de análise e, talvez de mudança, no lugar onde ele é também discutido, visto e contestado”.

Para Lourau (1993), o diário de pesquisa contém informações pertinentes às anotações do pesquisador no contexto onde realiza a pesquisa, tornando-se um instrumento de trabalho para o pesquisador implicado com o seu trabalho. No diário, o pesquisador relata fatos que podem indicar uma temporalidade, o momento histórico em que a pesquisa está sendo realizada, conferindo a ela uma maior veracidade. Lourau ainda destaca que, através do diário, consegue-se conhecer o cotidiano onde as práticas são realizadas, permitindo outro entendimento dos fatos que fogem das regras e das normas já instituídas.

A técnica da entrevista coletiva pode ser entendida como uma técnica grupal. Tratando-se de uma pesquisa socioclínica institucional, a entrevista grupal faz parte do momento em que se analisa “a participação dos sujeitos no dispositivo” e, por esse motivo, ela será apresentada e discutida no capítulo 5 desta dissertação. Para a entrevista coletiva, algumas questões foram elaboradas previamente (Anexo) e, à medida que as reflexões iam se desenvolvendo, sobre a vivência do ensino da atenção psicossocial que eles experimentam na sua formação, outras questões foram sendo incorporadas. As questões iniciais giravam em torno das reflexões dos alunos sobre a interação alunos, preceptores e comunidade no ensino da atenção psicossocial.

A entrevista representa um instrumento de coleta de dados que, diferentemente do questionário, que teve perguntas fechadas para ser consistente, esta deve ter perguntas tanto

mais abertas quanto possível. Aplicável a quase todos os tipos de pesquisa social, ela deve proporcionar uma interação com influência recíproca entre entrevistador e entrevistado, fornecendo fundamentação teórica e orientação prática para a pesquisa qualitativa (GASKELL, 2002).

Após a transcrição das entrevistas coletivas realizadas com os alunos, passou-se à fase da organização das informações através de uma leitura flutuante dos dados coletados no diário e na entrevista coletiva para se ter uma visão global dos depoimentos. Numa posterior releitura, foi possível extrair palavras-chave e trechos significativos que foram agrupados considerando-se a convergência e a divergência de significados. Nessa fase, foi possível verificar que os problemas levantados giravam em torno dos seguintes temas sobre o ensino da atenção psicossocial na formação dos discentes na instituição.

1. O ensino teórico-prático da saúde mental na formação da atenção profissional de saúde;
2. A percepção dos alunos da rede de atenção à saúde mental;
3. O público-alvo da atenção psicossocial na estratégia de saúde da família;
4. Efeitos do tempo para apreensão do aporte teórico-prático da saúde mental pelos alunos;
5. Nuances da avaliação do conhecimento produzido;
6. Implicações dos estudantes na escolha profissional.

Entendendo serem bastante amplas as questões levantadas, e não sendo possível neste estudo realizar a discussão de todas, realizou-se novas releituras do material coletado. Esse exercício buscou palavras, frases e conflitos que faziam a instituição ensino da atenção psicossocial falar, ou seja, os analisadores. Para L'Abatte (2004, p.82), “o efeito do analisador é sempre de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que de certa forma estava organizado, de dar sentido diferente a fatos já conhecidos”. São eles:

1. Objetivos e limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação da atenção profissional de saúde;
2. A influência do dinheiro na relação de uma organização educacional com os seus educadores.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ciente das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, protocolado sob nº CAEE 22980513.8.0000.5247, obtendo aprovação do Parecer em 21 de outubro de 2013.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), sendo esclarecidos: dos objetivos do estudo; e que a pesquisa não traria qualquer tipo de benefício financeiro para o participante. É de suma importância salientar que não houve prejuízo para o entrevistado.

Somente após a assinatura, é que foi realizada a entrevista coletiva gravada em meio digital para assegurar o registro, que será arquivado por cinco anos, e descartado após esse período. Os dados coletados serão utilizados apenas para pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Respeitando, assim, os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12, a pesquisa foi realizada sem a coleta dos nomes dos participantes, nem utilização de fotos individuais que possam identificá-los, mantendo suas identidades preservadas.

4 CONTEXTUALIZANDO OS FATOS

4.1 O QUE MUDOU EM TERESÓPOLIS APÓS A TRAGÉDIA DE 2011

Em janeiro de 2011, essa bela cidade serrana e os municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, Bom Jardim e Sumidouro foram palco da maior tragédia climática acontecida no território brasileiro, com grande número de mortos e desaparecidos. São José do Vale do Rio Preto, outro município próximo a Teresópolis, também foi castigado pela tragédia de 12 de janeiro de 2011, causada, principalmente, pelas águas vindas do rio Paquequer.

A catástrofe natural ocorrida em janeiro de 2011 na região serrana do estado do Rio de Janeiro, na qual está inserida a cidade de Teresópolis, foi considerada a maior tragédia climática da história do Brasil. Os bairros do Jardim Serrano, Quebra Frascos e Caleme

estavam entre os mais atingidos, ocasionando diversas consequências para a população. Além disso, as chuvas, enchentes e deslizamentos destruíram moradias, e a pouca infraestrutura existente nesses bairros, excluindo ainda mais essa população do acesso a direitos como saneamento básico, coleta de lixo e, também, mas não menos importante, áreas de lazer e recreação, tornando necessária uma intervenção social na região.

Alguns bairros foram fortemente atingidos. O terceiro distrito, bairro de Vieira, que faz divisa com Nova Friburgo, foi o mais castigado, já que a economia da área é baseada na produção de hortaliças. Como essa atividade produtiva emprega a maioria dos homens da região, e eles permanecem a maior parte do tempo em seus lares – perto dos locais de trabalho –, o número elevado de mortes na região repercutiu muito na imprensa. E o município do Rio de Janeiro, o maior cliente das hortaliças, parou de comprar temendo a contaminação dos alimentos. Isso aumentou o desemprego e levou os homens a procurarem o sustento em outros lugares, afastando-os de seus lares e familiares. O que a imprensa não divulgou foi que nem toda a área do bairro Vieira foi atingida, e que aqueles trechos afetados tornaram-se improdutivos devido ao acúmulo de areia, inviabilizando as plantações.

Já no 1º e 2º distritos, a principal forma de sustento das famílias é o emprego dos homens na construção civil. Infelizmente, após a tragédia, o investimento nas novas construções vem caindo a cada dia, obrigando alguns chefes de famílias a abandonarem seus lares em busca de trabalho em outros municípios.



Imagem 2 – Bairro de Campo Grande antes da tragédia. Fonte: Star OneFeso.



Imagem 3 – Bairro de Campo Grande depois da tragédia. Fonte: Arquivo próprio.

Essas imagens mostram que não houve só uma mudança física na região. Elas indicam que a tragédia pode representar uma mudança no comportamento social da população atingida.



Imagem 4 – Ginásio Poliesportivo.

A imagem 4 mostra a ocupação do Ginásio Poliesportivo pelos desabrigados, que permaneceram por dez dias no local até que pudessem ser removidos para outros abrigos em bairros não atingidos.



Imagem 5 – Abrigo de bebida Comary.

A imagem 5 é uma fotografia do local que abrigou o maior número de pessoas. A população dos três distritos atingidos foi alojada nesse mesmo espaço, onde crianças, adolescentes e idosos partilharam valores distintos.

Tendo em vista esse cenário, a Universidade e a Obra Social Maria Eugenia (OSME) vêm atuando nas comunidades referidas através da implantação, desde 2012, da Unidade de Saúde da Família, sem vinculação com a gestão municipal de saúde e voltada ao atendimento de pessoas em todas as atividades do ciclo vital. As organizações assumem um papel de indispensável importância na execução de projetos e ações efetivas de saúde que visam à formação integral do cidadão, incluindo aspectos educacionais, culturais e sociais.

O enfrentamento dessa catástrofe exigiu das equipes de saúde da família que assistiram essas pessoas competências que iam além da atenção às mazelas físicas. Lidar com as limitações a que todos os seres humanos estão expostos requer habilidades e competências que podem ser adquiridas com um currículo que inclua conteúdos das esferas psíquicas, mas, sobretudo, devem ser implementados em um ambiente ético, de escuta e solidário.

A inserção, nessa unidade, dos estudantes vinculados aos cursos da área de saúde visou ampliar o olhar e a formação do profissional de saúde no contexto de ações integradas em saúde, primando por conduzir processos de aprendizagem significativa que considera o lugar e as pessoas com as quais se aprende e se ensina. A proposta de inserção dos alunos foi justificada por entender essa cooperação como ação de responsabilidade social, de formação

voltada às necessidades da comunidade e, para, além disso, de resgate da cidadania de pessoas que vivenciaram momentos difíceis no contexto da tragédia natural que se abateu sobre aquela área da cidade de Teresópolis, resultando em problemas de diferentes ordens, sejam econômicas, habitacionais, emocionais e, sobretudo, de rediscussão do papel das pessoas na relação com o meio ambiente.

Hoje, as inúmeras contribuições advindas dos estudos realizados no âmbito da educação e das ciências sociais consideram que, para promover a formação dos futuros profissionais de saúde para a prática da integralidade do cuidado, há que se proporcionar a integração entre docentes, alunos e profissionais para que, juntos, construam o conhecimento, com autonomia, protagonismo e efetividade (TAVARES, 2006).

Algumas correntes teórico-metodológicas oferecem aporte para que tais práticas educativas se reformulem. Aqui, consideramos que, entre elas, a AI na sua vertente socioclínica institucional é a adequada para refletir sobre a mudança institucional requerida por colocar à luz a dinâmica das instituições aí imbricadas e a não neutralidade dos projetos dos atores envolvidos na formação em saúde (LOURAU, 1975).

4.2 A UNIFESO E O ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA FACULDADE DE MEDICINA

A Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), sediada em Teresópolis, foi criada em 20 de janeiro de 1966 por um grupo de pessoas, setores e instituições da sociedade civil organizada com a missão de “promover a educação, a ciência e a cultura constituindo-se num polo de desenvolvimento regional, de modo a contribuir para a construção de uma sociedade justa, solidária e ética” (UNIFESO, 2006).

Com a preocupação inicial de fortalecer o sistema educacional de Teresópolis do Ensino Básico ao Superior, a FESO foi organizada naquele ano como Fundação de Direito Privado sem fins lucrativos pelo Decreto Municipal n.º 2/66, passando a ser reconhecida como de utilidade pública municipal, três anos depois, pelo Decreto n.º 98/69.

A atuação da FESO começa com a criação da Faculdade de Medicina de Teresópolis, autorizada em 1970, e reconhecida em 1975, no contexto da expansão das escolas médicas no Brasil, principalmente na região sudeste. Começa aí, também, além da atividade acadêmica, o compromisso da organização com a comunidade através do Hospital Municipal da Prefeitura

de Teresópolis que, em função de um convênio firmado com o governo municipal em 1972, foi transformado em Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO).

Mantendo a sua missão, 40 anos depois, transformou-se em Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), reconhecido oficialmente no ano de 2006 através da Portaria 1.698, de 13 de outubro de 2006. Tal fato alinhou o UNIFESO com as demais universidades que, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, caracterizam-se pela excelência do ensino oferecido, pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho oferecidas à comunidade acadêmica.

Em 2005, a FESO promoveu uma mudança no ensino com a adoção de metodologias ativas: aprendizagem baseada em problemas (ABP) e problematização, possibilitando o aperfeiçoamento contínuo dos conhecimentos, competências e habilidades dos estudantes. A adoção de tais metodologias propiciou o desenvolvimento de estratégias de estudo que promovem a articulação interdisciplinar e a busca ativa e crítica de recursos educacionais adequados às necessidades e ao desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe.

Em suma, o curso de Medicina, na proposta desenvolvida e assumida pelo UNIFESO, tem como objetivo fundamental a formação do profissional médico habilitado a aprender e capaz de responder às necessidades da população brasileira, considerando, predominantemente, a inserção no SUS.

Este estudo se desenvolveu durante a realização do quarto período de Medicina, que é um momento do curso médico que prioriza a formação do futuro profissional de saúde para atuar na atenção psicossocial da população. As competências e habilidades estabelecidas estão em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais específicas para formação do médico no quarto período do curso de Medicina do UNIFESO (UNIFESO, 2006), a saber:

I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional;

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Os conteúdos específicos dos transtornos psiquiátricos que são abordados no quarto período abrangem: Esquizofrenia (conceito, teorias sobre a patogênese e mecanismo de ação

das drogas adotadas no tratamento); *Delirium* (conceito, teorias sobre a patogênese e mecanismo de ação das drogas adotadas no tratamento); Depressão/violência autoinfligida (conceito, teorias sobre a patogênese, mecanismo de ação das drogas adotadas no tratamento); Intoxicação aguda por organofosforado na tentativa de suicídio (conceito, epidemiologia, notificação, diagnóstico clínico e laboratorial, semiologia e tratamento) (UNIFESO, 2008).

Observamos, na constituição dos conteúdos específicos do quarto período de Medicina voltados à "saúde mental", uma relação equânime com a visão positivista/mecanicista do modelo flexneriano, em uma evidente valorização do biológico, do curativo, do tratamento, evidenciando a doença como norte para o aprendizado. A total ausência de conteúdos específicos direcionados para os conceitos da atenção psicossocial nos mostram o hiato existente entre a formação em "saúde mental" e práticas de valorização da existência humana, produzindo, assim, um distanciamento entre o médico e a pessoa em sofrimento psíquico.

As atividades de Integração-Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC) do quarto período se desenvolvem nos cenários da atenção básica a partir da inserção dos estudantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Teresópolis. Devem ser orientadas pelas demandas de cuidados dos usuários e pelas competências previstas para a formação médica nessa etapa do curso.

As competências que orientam o trabalho dos estudantes do quarto período de Medicina, durante as atividades de IETC na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Teresópolis, são:

- Produzir cuidados médicos baseados nas necessidades dos indivíduos e das coletividades através de trabalho integrado com a equipe de saúde, considerando a promoção de saúde, a prevenção, o tratamento das doenças e a reabilitação;
- Acompanhar os usuários em todas as fases do ciclo de vida, considerando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a identificação e a resolução de problemas reais e potenciais;
- Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais e coletivas;
- Sistematizar, junto à equipe de saúde, casos a serem discutidos com especialistas para análise interdisciplinar e construção de propostas de acompanhamento;
- Produzir projetos terapêuticos singulares, considerando os referenciais da clínica ampliada e compartilhada;

- Compreender e sistematizar, junto à equipe de saúde, a intersectorialidade para dar conta de situações de saúde decorrentes de condições de saneamento básico, moradia e violência urbana.

Notamos, então, uma dissonância nos conteúdos específicos de saúde mental com o campo de prática dos alunos do quarto período de medicina. Isso leva, entre outras coisas, a um conflito ideológico de concepção de atendimento ao paciente no território.

O Ministério da Saúde, em outubro de 1998, através do documento Programas e Projetos, que visa à organização dos PSF, afirma que o objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Essa questão tem nos mostrado um distanciamento do ensino/serviço, e dificultado a consolidação do modelo de atenção psicossocial. Torna-se necessário o estreitamento desses laços, como elucida Tavares (2006), pois a adequada formação profissional é fundamental para a execução plena das políticas do setor de saúde mental.

Em relação aos alunos do quarto período de Medicina, estes são oriundos, predominantemente, dos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, e não têm experiência no mercado de trabalho, mantendo-se com recursos da família. Seus pais têm, em sua maioria, nível superior completo, e estes estudantes indicam como renda familiar média 30 salários mínimos. Tais elementos, ainda que sumários, permitem levantar a hipótese de que a origem social desses estudantes situa-se nos estratos superiores da pirâmide social, o que os distanciam ainda mais da realidade social das comunidades atendidas na estratégia de saúde da família em Teresópolis.

Ao realizar a primeira incursão dentro da comunidade, os alunos de Medicina demonstram “surpresa” quanto às condições de vida daquela população, seja no acesso aos serviços de saúde, do nível cultural, de moradia e, até mesmo, de recursos básicos de sobrevivência. Reagem de várias formas frente àquela situação, alguns negam a necessidade de construir seu conhecimento nessas áreas, já que idealizaram uma Medicina dentro de consultórios amplos e confortáveis, outros se comovem com a situação de vida degradante da população, e relatam o desejo de “ajudar” financeiramente a comunidade.

Em última análise, no que se refere ao ensino, vemos que os alunos não gozam de uma orientação preventivista e promotora de saúde, desconhecem o contexto de atuação da estratégia de saúde da família e os novos modos de se lidar com a loucura.

5. APLICANDO O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL NAS ORGANIZAÇÕES DE ENSINO E SERVIÇO

Apenas para melhor situar a aplicação das características da intervenção socioclínica institucional em uma dada realidade, relembremos quais são, destacando que elas não precisam acontecer na ordem em que estão apresentadas, sendo importante, no entanto, que essas fases sejam percebidas no decorrer do estudo.

São elas: a análise da encomenda e das demandas; a participação dos sujeitos no dispositivo; o trabalho dos analisadores; a análise das transformações que ocorrem na medida em que o trabalho avança; a aplicação de modalidades de restituição; o trabalho das implicações primárias e secundárias; a intenção da produção de conhecimentos; e a atenção aos contextos e às interferências institucionais.

5.1 OS CONTEXTOS E AS INTERFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS

Monceau (2013, p.101), referindo-se aos contextos e às interferências institucionais, afirma que:

Todo trabalho socioclínico situa-se em uma interferência institucional. Na reunião entre pesquisadores e outros participantes, uma interferência ocorre entre as instituições das quais são, respectivamente, portadores. Essa interferência produz efeitos de transformação e efeitos de conhecimento. São esses efeitos de conhecimento que geralmente chamamos de “resultados” no vocabulário da pesquisa. Porém, em uma abordagem clínica, os “resultados” também são observáveis nas transformações produzidas na própria situação.

Como poderemos observar no relato abaixo, as interferências que aconteceram no contexto produziram tanto o efeito de mostrar novos acontecimentos e novos arranjos institucionais, como também possibilitaram criar conhecimento naqueles que participaram da situação a partir de um refletir e da construção de novos arranjos.

Teresópolis, até o ano de 2014, contava com treze unidades da estratégia de saúde da família, sendo que dezesseis equipes cobriam apenas 32% do seu território com uma estrutura sucateada sem os insumos básicos para o atendimento à população. O cenário não favorecia a inserção de alunos da UNIFESO para o desempenho de seus estágios curriculares. Os alunos, primordialmente da Medicina, deram início em 2012 a um movimento de questionamentos da qualidade da formação oferecida, culminando com a reorganização dos recursos humanos nos cargos diretivos da universidade. Houve um reposicionamento de postos com a saída do reitor para o cargo de diretor geral da Fundação Educacional Serra dos Órgãos e a indicação de um novo reitor.

As relações de poder instituídas entre a universidade e a gestão municipal passavam por sérios conflitos referentes à gestão dos serviços de saúde e à participação dos alunos nesse campo de atenção, além de questões inerentes à oferta de atendimento hospitalar e recursos financeiros a serem quitados pela prefeitura ao HCT.

Estava inserido nesse contexto político, através da eleição dos conselheiros na Conferência Municipal de Saúde de 2010, para uma cadeira no Conselho Municipal de Saúde, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), seção Teresópolis. As reuniões do conselho evidenciavam as tensões contidas nas negociações a cada encontro. Na realidade, os interesses não eram comuns, enquanto a universidade necessitava desse campo para a viabilização do ensino, os gestores/políticos necessitavam de maior visibilidade e de poder de decisão a fim de explorar eleitoreiramente o serviço de saúde. Em meio a esse fogo cruzado, estava a população e os conselheiros que tentavam se organizar para propor um entendimento favorável à qualidade do cuidado em saúde.

A decisão tomada pela gestão municipal foi a terceirização da administração dos serviços oferecidos na ESF para uma Organização Social (OS)² em 2010, o que fez com que a universidade rediscutisse a inserção dos alunos na rede de saúde não mais com gestores/políticos e, sim, com uma nova OS. Fica evidente que, com essa ação, a gestão da secretaria de saúde do município transferia a responsabilidade da negociação, evitando desgastes políticos.

² Pela Lei federal n. 9.637, de 18/05/1998, o Poder Executivo poderá qualificar como OS as organizações sociais de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sociais sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos nesse mesmo diploma. A *organização social* é uma qualificação, um título, que a administração outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público (dotações orçamentárias, isenções fiscais etc.), para a realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade.

Ao fim do contrato com essa OS, em maio 2013, o município abriu licitação para uma nova gestão da saúde. Entraram em concorrência a OS vigente, uma outra OS e a universidade, que se colocou como OS, algo ainda não bem esclarecido judicialmente, vide ação junto ao Ministério Público (P.I - 1.30.019.000095/2013-09), que se refere aos documentos que a qualificava para o processo licitatório.

A universidade venceu a licitação e implantou um processo de reformulação na ESF, traumático para todos os envolvidos. Demitiu os funcionários, mesmo os que notadamente exerciam um papel produtivo, alguns com anos de experiência e vínculo com a comunidade. Promoveu um concurso para a escolha dos novos profissionais, que se mostrou conturbado com possibilidade de anulação até o último dia. Entendeu que as ações de saúde, na unidade de IETC em que atuava, não seriam mais necessárias, desativando, assim, o cenário de prática. Esse ato demonstrou o descaso com aquelas comunidades atendidas pelos alunos e com as ações em curso, o que gerou uma revolta na comunidade discente e docente, desencadeando uma série de reuniões e reivindicações.

A ESF no município, nesse período de gestão da universidade, continuou com a cobertura de 32% para uma população de 163.746 pessoas e o mesmo número de unidade/equipes com grande rotatividade dos profissionais que não receberam incentivo financeiro para, além de suas atividades no serviço, atuarem como preceptores. Incentivo que era pago pela universidade antes de toda a mudança. A cogestão da universidade com a secretaria de saúde trouxe, no seu bojo, velhos pontos de discordância, já apresentados nesse texto, porém com embates ainda mais calorosos.

Nos dias atuais, vemos um cenário pouco diferente do descrito durante a confecção desse capítulo. Com o aumento da população para 171.482 pessoas, a cobertura caiu a 30,9%. A universidade teve que deixar a cogestão das unidades por determinação do Ministério do Trabalho, o que tem dificultado ainda mais a relação do ensino da atenção psicossocial com o campo da estratégia de saúde da família.

5.2 AS TRANSFORMAÇÕES QUE OCORRERAM NO CONTEXTO À MEDIDA QUE O TRABALHO DE INTERVENÇÃO AVANÇA

No cenário descrito acima, participava de reuniões semanais junto à comissão de Integração-Ensino-Trabalho-Comunidade, formada pela coordenadora da IETC da Medicina, a coordenadora do internato médico na ESF e os enfermeiros e médicos que atuavam na

preceptoria e no serviço. Era um momento importante para a construção das práticas de saúde, em que os preceptores apresentavam o trabalho realizado e colocavam suas expectativas e possibilidades de potencializar a integração da formação profissional e o serviço, mesmo sabendo que, na maioria das vezes, essas colocações seriam meramente informativas.

Ouvir os profissionais do serviço, o que quase sempre vinha ao encontro das minhas observações, só reforçavam a necessidade de discutir o modo operante do processo de ensino da atenção psicossocial em sua relação com ESF. Evidenciava-se, por muitas vezes, a falta de compromisso com a comunidade, já que as ações tinham como fim a viabilização da formação, sobrepondo-se ao retorno contínuo e efetivo de ações para a comunidade.

Enfim, todas essas considerações dispararam, na coordenação do curso de Medicina, a vontade de rever o processo de ensino da atenção psicossocial na ESF, promovendo a encomenda do coordenador do curso de Medicina e da coordenadora do IETC no sentido de revisitar todo processo de inserção do processo de formação profissional no serviço e promover as mudanças cabíveis.

A coordenadora do IETC, sabedora de minha aproximação com a saúde mental, repassou-me a encomenda. Produzi, então, um texto abordando a situação atual do ensino e uma forma de intervenção, com base nos conceitos da AI, a fim de promover a transformação da realidade. Apresentei-o ao coordenador do curso que, após dias de análise, acenou com o deferimento da intervenção.

Em julho de 2013, como dito anteriormente, a universidade, que prescindia de profissionais que conhecessem o campo de atenção e as relações políticas desse processo, assumiu a cogestão dos serviços de saúde da ESF. Fui afastado das atividades docentes e vinculado ao grupo de cogestão para contribuir com a organização do serviço, sabendo que aquela vinculação tinha um prazo para se findar.

Em outubro do mesmo ano, a 3 meses do vencimento de contrato, recebi a carta de demissão das mãos do coordenador do curso de Medicina. Foi um momento muito delicado, estava, ali, a interrupção não só das minhas atividades profissionais na universidade, como também, da possibilidade de intervenção no modo da assistência prestada ao paciente com transtorno mental na comunidade, além de estar em pleno processo de construção da minha dissertação que, mesmo a universidade sabedora da minha pesquisa, insistia em dificultar em cada momento.

Antes de todo esse trâmite da minha demissão, havia conversado com os gestores responsáveis pelo Centro de Ciências da Saúde, da coordenação do curso de Medicina e Comitê de Ética da universidade a respeito da pesquisa, e tinha obtido deles o aval, ainda verbal, da aprovação do projeto da pesquisa. Porém, após esse movimento, houve uma mudança na conduta de alguns profissionais em relação à pesquisa. Conseguir as assinaturas se tornou um movimento de paciência, com dias de espera na porta dos departamentos sem obter nenhuma resposta, até que, com muita insistência, foi liberada legalmente a SUS autorização.

As dificuldades continuavam para o andamento da pesquisa. Passei, então, por um período de negação e estagnação, não conseguia mais pensar, escrever e falar sobre isso. Na pré-qualificação do mestrado e no congresso da ABRASCO, ficou evidente a barreira imposta por mim frente a tudo que remetia ao processo, algo que, até pouco tempo, era parte do meu projeto de futuro.

No entanto, as pessoas que acreditaram em mim, com menção especial a minha orientadora, não mereciam o engano na escolha enquanto aluno do programa de mestrado. Em maio de 2014, retomei a construção da pesquisa e a busca do “tempo perdido”.

Esses acontecimentos constituem-se em analisadores naturais que fazem a instituição educação falar de questões como: a concepção ética que a organização educacional adota na relação com os seu educadores; a influência do dinheiro no trato entre os profissionais da educação e seus gestores; e como se articulam os propósitos educativos gerais com as práticas político-ideológicas das organizações de ensino.

5.3 A ENCOMENDA E A DEMANDA

Com relação à encomenda e à demanda, Monceau (2013, p.95) informa que:

o enunciado da demanda, mesmo quando formalizado por escrito, não informa diretamente sobre a situação em questão. No entanto ela constitui o “diagnóstico” formulado por quem encomenda a intervenção ao sócio analista sobre a situação. As demandas surgem gradualmente com o avanço do trabalho, elas são produzidas por todos os envolvidos no trabalho sócio analítico. Complementa o autor na p. 96 que as demandas não são apenas constitutivas das condições iniciais do trabalho, elas são também material necessário para informar diretamente os desafios colocados pelas situações. É a análise da encomenda e das demandas que sustenta a problematização.

Nesta pesquisa, a encomenda emergiu do coordenador do curso de graduação em Medicina endereçado à coordenadora da IETC do 1º ao 4º períodos do curso de Medicina no sentido de revisitar a integração do ensino com a prática da atenção psicossocial.

Durante a minha participação nas reuniões com a coordenadora do IETC do 1º ao 4º períodos do curso de Medicina, sempre enfatizava a necessidade de repensar a inserção dos alunos na atenção psicossocial, visando um diferente fazer acerca do cuidado, dos processos e da organização do trabalho com concepções de potencialização dos espaços de interseção entre serviços e ensino. Isso levou a coordenadora do IETC a um entendimento de que a encomenda feita pelo coordenador do curso de Medicina seria a oportunidade ideal para que eu desse forma a essa intervenção, já que gozava de maior trajetória nesse campo de atuação, e me engajava na mudança da atenção em saúde mental.

As demandas embutidas na encomenda são importantes elementos para a realização da análise institucional. Pelo deciframento da encomenda, o pesquisador tem acesso inicial às instituições que atravessam o cotidiano das organizações, presentes nos aspectos inconscientes, manifestos deliberados, bem como nos não ditos. Da análise da encomenda, afloram demandas com as exigências de soluções imaginárias ou de ações destinadas a restaurar a ordem instituída que se encontra ameaçada (BAREMBLITT, 1998, p.169).

Para a socioclínica institucional, pode haver evolução das demandas e a reformulação da encomenda ao longo da pesquisa e/ou da intervenção.

Entendo que essa encomenda do coordenador de Medicina seja reflexo das demandas provenientes das muitas declarações de insatisfação dos alunos e preceptores com a prática de atenção psicossocial na estratégia de saúde da família, comumente ouvidas em reuniões e pelos corredores da UNIFESO.

A encomenda evidenciou as demandas da coordenação do curso de Medicina com o avançar do trabalho de pesquisa que coincidiram com as minhas nessa relação com o objeto de estudo. Entre elas, está a necessidade de encontrar meios para a intervenção na prática do ensino da atenção psicossocial frente às limitações impostas pela organização de ensino e de saúde.

5.4 ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES

Antes de prosseguir com os resultados e o caminhar desta pesquisa nos moldes da socioclínica institucional, torna-se necessário falar das implicações.

Apenas para relembrar, referimos anteriormente que Barbier define três níveis de implicação: o nível psicoafetivo, o histórico-existencial e o estrutural-profissional. Mourão (2006, p.72) faz uma explicação dos três tipos de implicação colocando que a implicação psicoafetiva ocorre em uma dimensão mais individual e, no caso da pesquisa, ocorre quando o pesquisador faz a escolha do objeto de investigação de acordo, principalmente, com as suas crenças, pertencimentos, valores e projeto de vida. A implicação histórico-existencial, ainda nos referindo às implicações do pesquisador, traz as questões relacionadas à classe social, aos hábitos adquiridos, a maneira de ver o mundo do pesquisador. Por último, a implicação estrutural profissional busca dar sentido ao que o pesquisador entende como referência no trabalho social, ligado aos aspectos socioeconômicos do pesquisador na sociedade contemporânea.

Monceau (2013, p.100), falando das implicações na socioclínica institucional, afirma que “como todo sujeito, um pesquisador também está envolvido nas instituições. Ele mantém com ela relações que influenciam suas maneiras de conduzir suas pesquisas e o modo de escrita dos resultados destas pesquisas”.

De maneira a analisar minhas implicações, resgato minha trajetória que se inicia num pequeno município de Minas Gerais, mais precisamente no nordeste de Minas, no limite dos vales do Mucuri e Jequitinhonha, localização esta que serviu de inspiração para seu nome: Fronteira dos Vales.

E, como em toda cidade pequena do interior de Minas, predominam as características de uma cidade acolhedora, familiar, bucólica, com tradições, singularidades e uma riqueza cultural de grande valor. Porém, limitada nas oportunidades de crescimento profissional e cultural.

*Vai diminuindo a cidade
Vai aumentando a simpatia
Quanto menor a casinha ia ia
Mais sincero o bom dia*

(Fernanda Takai, trecho da música *Simplicidade*)

Considero o que se tem de valor nesse berço em que eu, filho de uma professora e um policial militar, fui criado e educado. Meus pais têm histórias distintas, porém com uma essência única: a luta, a dor, a falta e as vitórias, experiências de vida presentes em corpo e alma. Exalam força e fé.

A minha formação profissional, dadas as possibilidades e dispositivos sociais presentes no município, tomava o rumo da formação técnica, o que propiciava uma vida minimamente digna e com chance de permanecer junto à família. Formei-me técnico em processamento de dados em 1999, surgindo, dessa oportunidade, o encontro com a docência na Escola Estadual do Município e com um cargo na Gestão Municipal de Saúde que, apesar de estarem ligados a minha formação, exigiam a atuação em vários setores.

Na secretaria de saúde do município, exercia a função de subsecretário, cabendo a mim a operacionalização de várias atividades no âmbito da saúde, dentre elas, o “acompanhamento” dos portadores de saúde mental na sua única atividade: comparecer trimestralmente à consulta com o psiquiatra que visitava a região para atender, em um município polo, pacientes de sete cidades.

Talvez ainda não saiba qual o sentimento predominante na análise daquela situação, já que, naquele momento, não dimensionava o quanto era degradante e insalubre a vida dos pacientes por falta de conhecimento da área. Durante os três meses que separavam as consultas, esses pacientes viviam momentos de grande angústia, pois sempre que entravam em crise, eram contidos física e quimicamente pelos profissionais de saúde e polícia militar da cidade. Aquelas pessoas que eu me acostumei a conviver e que sabia da sua índole e estado de saúde eram tratados como “marginais”, como um estorvo para a sociedade e família. “Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam” (FREIRE, 1987, p.23).

Mesmo confortável com minha situação econômica e familiar, busquei uma graduação na área de saúde a fim de encontrar respostas para o que havia vivido na saúde, e me estabelecer nesse meio. A Enfermagem veio como presente, um emancipador e desafiante presente.

Cheguei a Teresópolis por uma indicação de um colega de trabalho. Na graduação, direcionei meus estudos para a Saúde Mental e Psiquiatria, reunindo minhas reflexões em um trabalho de conclusão de curso: “A assistência ao portador de transtorno mental em um hospital geral: medos, rejeições e crises” (OLIVEIRA, 2006). Esse trabalho elucidou vários aspectos da assistência em saúde mental do município de Teresópolis, e apontou algumas estratégias para superação dos problemas vividos.

Nesse estudo, as declarações dos profissionais de saúde do Pronto Socorro (PS) que fazem o atendimento ao cliente com transtorno mental em surto passam pelo medo, ansiedade, indignação e impotência. Essas sensações geram mecanismos de defesa que refletem na qualidade do atendimento da equipe de saúde. Tais práticas reproduzem a exclusão vivenciada

historicamente pela pessoa adoecida mentalmente, e apontam para a necessidade de um suporte institucional para sustentar a conduta da equipe multiprofissional num hospital geral. O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a lei 10.216, que versa sobre a proteção, garantia dos direitos e a reorganização da assistência em saúde mental, demonstrou a deficiência da qualidade da atenção aos aspectos biológico e social prestados aos cidadãos pela equipe do PS. A internação involuntária desse usuário reflete um contexto maior de desorganização do sistema de saúde, em que não são garantidos, no hospital geral, leitos psiquiátricos, mesmo com a lei determinando sua instalação. O cliente permanece na emergência até antes de 72 horas, e é transferido para um manicômio, independentemente do seu diagnóstico.

Ao concluir a graduação em dezembro de 2006, a iminência da volta para as minhas raízes se apresentava como algo inadiável. No entanto, um convite para compor o corpo docente da Enfermagem deu continuidade a essa história. A educação é um processo social, é desenvolvimento. Não é a preparação para a vida, é a própria vida (DEWEY, 1979).

A aproximação com a saúde mental, durante a graduação, renderam-me, em 2007, um lugar na docência do curso de graduação em Enfermagem da UNIFESO nas disciplinas de semiologia/semiotécnica e enfermagem psiquiátrica/saúde mental. Junto a outros professores, atuei na organização e operacionalização das atividades teóricas e práticas dessas disciplinas. Pude viver a saúde mental de um novo ângulo com maior possibilidade de intervenção nos processos de formação profissional. A disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiatria tinha a sua prática no Hospital das Clínicas de Teresópolis (HCT), administrado pela UNIFESO e, nos Programas de Saúde da Família (PSF), organizado pela secretaria municipal de saúde do município.

A atenção psicossocial realizada em conjunto com alunos, preceptor e profissionais de saúde, no PSF, era realizada a partir da identificação de portadores de transtorno mental através dos prontuários e conversas com a equipe.

Os alunos de Enfermagem, junto com os ACS, realizavam visitas domiciliares a fim de prestar assistência a esses pacientes em sua moradia. Porém, o tempo de inserção dos alunos era curto, uma vez a cada duas semanas. Como tinham outras atividades a desempenhar, as ações se pautavam mais no reconhecimento do caso do que em intervenções concretas no cuidado ao cidadão. Apesar de não ser o responsável pela atividade de campo, essa observação foi possibilitada não só por compor a equipe de docentes da disciplina, como também, por ter vivido esse processo como aluno da graduação.

Num primeiro momento da minha atividade docente, fui designado a atuar na inserção

dos alunos de Enfermagem dentro do ambiente hospitalar, onde realizava aulas com os alunos no HCT, em suas diversas clínicas. Junto a outro professor, percorríamos as clínicas a fim de triar quem precisava da assistência voltada à saúde mental. É fato que todos os pacientes demandavam, de alguma forma, essa assistência, já que suas condições mentais estavam afetadas pela doença e pelo ambiente.

Os alunos divididos em pequenos grupos, uma vez por semana, sob nossa supervisão, abordavam o paciente em seu leito, dando início a uma caracterização e entendimento da situação do paciente para, então, decidir um plano terapêutico de assistência para o período de internação, ou mesmo para aquele momento. Ao final da aula, reuníamos-nos, em uma sala, para a sistematização, apresentação e discussão do caso vivenciado no dia.

O atendimento se mostrava eficaz e necessário, o simples fato de ouvi-los já promovia uma melhora considerável. A clínica que recebia esse serviço também se beneficiava, não só pelo aumento de recursos humanos para o atendimento, como para o avanço na reabilitação dos pacientes. Os alunos se mostravam interessados com aquele trabalho, encontravam significado no que propiciavam aos pacientes, e colocavam em prática outras habilidades da assistência em enfermagem, pois eram estimulados a cuidar do paciente em todas as suas necessidades.

As ações tinham, no seu contexto, um "ganho" para a clínica e para os alunos no que se refere à aquisição das competências propostas pela disciplina, mas se mostrava incompleto para o paciente. Percebíamos essa lacuna nas discussões do caso e, principalmente, nas falas dos pacientes e familiares que pediam, em sua maioria, pela continuidade da assistência fora do ambiente hospitalar por não gozarem de nenhum serviço de base comunitária nesse campo.

Algumas questões dos alunos e da equipe docente e de saúde se faziam presentes a cada plano terapêutico: E o acompanhamento da família? Como será a volta para o seu meio? A interrupção do cuidado é inevitável? E agora? Isso nos inquietava. Passamos a selecionar os pacientes que mais precisavam da continuidade do atendimento, e que tínhamos possibilidade de acessá-los. Começamos com a tentativa de acompanhá-los após a alta médica; não era uma tarefa fácil, nunca é; o tempo e as condições de trabalho dificultavam a ampliação da nossa inserção. Algumas experiências foram exitosas, com destaque para as ações de educação em saúde com as famílias desses pacientes. Outras se perderam pelo caminho.

No entanto, vislumbrávamos dias melhores. O curso de graduação em Enfermagem, com a publicação das novas diretrizes curriculares do MEC (Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001), vinha reunindo esforços para discussão e reflexão sobre a mudança curricular mais intensamente a partir de 2002, com oficinas e imersões que participei

enquanto aluno do curso. Era preciso transpor os métodos tradicionais de ensino para inserção das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, com currículos estruturados em grades cujos processos de formação se configurassem de forma integral, integrada, integrante e integradora das pessoas e dos grupos (TANJI, S., MONTEIRO DANTAS DA SILVA, CM, ALBURQUERQUE, VS, FELIPPE, KC, MARTUCHELLI MOCO, ET-S, 2008).

As grades curriculares baseadas em disciplinas foram substituídas por um modelo integrado entre módulos tutoriais e de prática profissional. A pedagogia da transmissão, amplamente utilizada no formato curricular anterior, foi substituída por metodologias ativas de aprendizagem. Os estudantes passaram a imergir no mundo do trabalho desde o primeiro período (TANJI, S., MONTEIRO DANTAS DA SILVA, CM, ALBURQUERQUE, VS, FELIPPE, KC, MARTUCHELLI MOCO, ET-S, 2008).

No primeiro semestre de 2007, foi efetivado o processo de mudança no curso de Enfermagem, algo que já havia se concretizado na Medicina no segundo semestre de 2005. Mas só no segundo semestre de 2008, as mudanças englobaram o 4º período de Enfermagem e por consequência, a saúde mental.

O período se organizava em quatro grandes eixos, nos quais os conteúdos curriculares eram desenvolvidos pela equipe docente multidisciplinar:

O 1º eixo se dá na construção de conhecimentos teóricos, módulo tutorial, com organização em grupos tutoriais de, em média, dez estudantes, mediados por um professor-tutor. Nesse eixo, disparava com os alunos discussões a partir de situações problemas pré-determinadas e algumas extraídas da prática realizada nos diferentes cenários.

No 2º eixo, a aprendizagem é feita através de filmes, que abordam temáticas relacionadas à saúde mental, e são tidos como disparadores de debates dirigidos, reflexões e sínteses escritas.

O 3º eixo é desenvolvido com a organização de seminários sobre personalidades com alguma ligação à área da saúde mental.

E, por fim, o 4º eixo, módulo de prática profissional, é aquele em que os estudantes atuam sob a lógica da integração ensino-trabalho-cidadania nas comunidades a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família e em serviços especializados no atendimento em saúde mental, num asilo localizado no município de Teresópolis (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 2010).

Devido à organização das atividades entre os docentes e o reposicionamento da minha carga horária, no segundo semestre de 2009, distanciei-me do ensino da saúde mental. Nesse período, tive a oportunidade de conhecer mais de perto os processos de gestão educacional

com a coordenação do 1º período e da monitoria integrada, além da comissão de apoio à coordenação do curso. Uma experiência determinante para um maior entendimento dos processos instituídos nos mais variados meios.

Em 2011, recebi um convite do então coordenador do curso de graduação em medicina, para atuar e gerenciar uma Unidade de IETC que iria receber para estagiar os alunos dos 04 primeiros períodos de medicina, o 9º período de medicina, além dos internos do 8º período de enfermagem, ainda, sem uma inserção fixa, mas com presença em momentos diversos da prestação de cuidados nessa unidade. Receberia ainda alunos dos cursos de graduação em fisioterapia e odontologia. O convite foi aceito e no segundo semestre de 2011, iniciei minhas atividades de docente-gestor.

Contava, para a operacionalização do trabalho com uma profissional médica de extrema competência, experiente e aberta a novas formas de cuidado, uma das pioneiras na assistência a comunidade no município com 15 anos na prática. A participação da referida médica no processo sustentava, primordialmente, a aquisição de competências das especialidades médicas.

Considerando toda minha vivência no processo de ensino, posso afirmar que as ações realizadas nesse cenário estavam entre as mais efetivas práticas de ensino-serviço-comunidade já implementadas pela faculdade. Na atenção prestada à população no ano de 2010, o relato do cuidado com as crianças que sofreram com a tragédia natural que atingiu Teresópolis, com a participação dos alunos do segundo período de medicina, recebeu premiação na IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, realizada em maio de 2014, em Brasília.

A partir deste relato fica perceptível minha implicação psico afetiva quando trago as minhas origens, meu relacionamento familiar, minhas escolhas, o histórico existencial bastante articulada a psico afetiva, quando trago minha condição social, a maneira como percebo o sofrimento e os problemas da sociedade, e a estrutura profissional que juntamente com outras implicações motivou minhas escolhas profissionais, e revelou minha postura não neutra frente aos acontecimentos referentes ao contexto tanto do município de Teresópolis, quanto da Universidade citada acima, o que vem revelar que os indivíduos são atravessados por diferentes instituições, o que determina a natureza das suas implicações. Sou constituído pelas vivências e valores compartilhados ao longo da vida e defendo um projeto democrático de sociedade que considera a igualdade de direitos com justiça social.

5.5 A PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS NO DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO

Monceau (2013, p.97) refere que a participação dos sujeitos na pesquisa é condição imprescindível para o desenvolvimento da intervenção socioclínica institucional, “Esta participação pode assumir diferentes formas dependendo da modalidade da pesquisa: contribuição para a coleta de informações, aceitação de ser observado ou ainda investimento em sessões de grupo com objetivo analítico”. Para Lourau, 2004, mesmo a não participação é um elemento importante para a análise institucional. Ela enuncia questões institucionais que tocam indivíduos e grupo ao mesmo tempo.

Ter este conhecimento, antes de iniciar o estudo, foi importante para que o pesquisador escolhesse as diferentes maneiras de participação dos sujeitos, lembrando que na socioclínica institucional os problemas e conflitos devem ser analisados coletivamente.

Com este entendimento, a coleta de dados do estudo, teve seu início em novembro de 2013 junto aos alunos do quarto período de medicina que realizam sua prática na ESF. Eles estavam divididos em grupos de 4 a 6 alunos e inseridos nas unidades de saúde do município por 5 meses. Lá eles realizaram suas atividades no território, mediados pelos preceptores médicos e enfermeiros responsáveis pela unidade. Ao final do período produziram um diário das atividades realizadas com os portadores de transtorno mental e apresentaram na universidade para um grupo de docentes vinculados a IETC, a fim de discutir e avaliar as ações implementadas no território.

Após apresentar a proposta de estudo socioclínico institucional para os alunos, docentes e preceptores, recebi deles a autorização via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e pactuei os momentos de coleta de dados. O primeiro momento de coleta de dados se deu na apresentação e discussão dos casos acompanhados pelos alunos no território. Foi um momento de compreensão do trabalho dos alunos, onde pude participar, também, das discussões de forma horizontalizada e assim, identificar analisadores, ou seja, “tudo aquilo que apóia a análise das dinâmicas institucionais” (MONCEAU, 2013).

Ao final da apresentação e discussão dos casos foi-me cedido o trabalho escrito elaborado pelos alunos, onde descreveram as atividades a partir da visão que tem de todo o processo. Esses alunos expressaram no papel o envolvimento com o trabalho, as relações

vivenciadas com os preceptores, a observação da dinâmica operacional da ESF e o entendimento sobre o ensino da atenção psicossocial.

A segunda fase da coleta de dados aconteceu em maio de 2014, onde os alunos participantes da pesquisa já cursavam o 5º período de medicina. Realizei um encontro com todos os alunos envolvidos na pesquisa para uma discussão aberta e horizontal, durante 40 minutos em uma sala cedida pelo coordenador do 5º período de medicina, sendo este momento todo arquivado em mídia MP3 e transcritos para o papel.

Algumas questões foram elaboradas previamente para um encaminhamento inicial da discussão. Elas se constituíram, inicialmente, de pontos como: o posicionamento dos alunos frente ao ensino da atenção psicossocial; a relação com o cenário de prática na estratégia de saúde da família; a preceptoria das equipes da unidade e a efetividade das ações para os portadores de transtorno mental.

Outras questões foram sendo incorporadas à medida que se desenvolviam as reflexões dos alunos sobre a vivência do ensino da atenção psicossocial na sua formação como: a compreensão da rede de atenção à saúde mental; a avaliação do SUS; a percepção do público-alvo da atenção psicossocial na estratégia de saúde da família; o emprego do tempo para apreensão do aporte teórico-prático; os objetivos e limites do ensino teórico-prático; os objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS; a efetividade do aporte teórico-prático oferecido; a avaliação do conhecimento adquirido; a possibilidade de colocar em prática os ensinamentos teóricos; o acompanhamento das ações implementadas; a percepção do trabalho articulado na rede de saúde; a participação do especialista na interconsulta, os determinantes para a escolha profissional; o reconhecimento da atenção à saúde mental na comunidade.

As falas contemplaram todo o processo de ensino da atenção psicossocial do curso de medicina e versavam sobre: a nova relação com a saúde mental proposta pela atenção psicossocial brasileira, a inserção no campo de prática da ESF, a interação com os preceptores, com o serviço oferecido pela unidade, a organização do sistema de saúde no município, a qualidade do que é oferecido a comunidade, o real ganho desse paciente com a inserção da universidade no serviço.

Assim, o trabalho socioclínico institucional no seu modo de análise institucional das práticas, não seguiu regras ou protocolos metodológicos rígidos. Partiu de uma premissa metodológica de produção coletiva de conhecimento e adequou-se aos momentos em que os sujeitos envolvidos com a formação em medicina se dispuseram a refletir juntos com o

pesquisador e ex-docente da universidade. Estes encontros forneceram elementos que, articulados com outras observações registradas em um diário de pesquisa permitiram a construção de análises abrangentes, à luz da socioclínica institucional, sobre a institucionalização do ensino da atenção psicossocial na estratégia de saúde da família no curso de medicina da UNIFESO e evidenciou alguns analisadores que explicitaram a instituição formação em saúde.

5.6 A INTERVENÇÃO E A INTENÇÃO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

Para Monceau (2013), os conhecimentos produzidos por uma intervenção podem ficar restritos apenas ao local onde aconteceu a intervenção, mas, às vezes, podem ter um alcance mais abrangente, permitindo que novas análises possam ser feitas sobre o problema. No caso deste estudo, onde o foco ficou mais centrado no ensino de saúde mental e da psiquiatria e na formação dos alunos de medicina, poderíamos dizer que a intervenção teve como característica produzir um conhecimento mais local. Mas, como se pode constatar nos relatos anteriores e também no relato que se segue, a intervenção avançou para outros espaços, envolvendo e produzindo conhecimentos em outras instituições.

Resgatando um pouco do relato sobre participação dos sujeitos na intervenção neste item, o que vamos procurar destacar é como a mesma produziu conhecimento tanto para os estudantes, quanto para os professores, profissionais de saúde e comunidade, envolvendo nesta aquisição de novos conhecimentos uma diversidade de atores e de instituições.

As ações de atenção psicossocial tiveram seu início a partir da minha imersão no território, ainda sem a participação dos discentes envolvidos na atividade, onde busquei observar o indivíduo dentro do seu contexto, do seu meio, das condições habitacionais, de saneamento básico e higiene considerando aspectos das relações familiares, tanto entre seus pares como com a comunidade.

A percepção da situação local emergida da observação se apresentou como uma possibilidade do uso do campo de prática para um processo de intervenção, durante o semestre de inserção do quarto período. Delineando e disparando discussões e um planejamento, para junto com os docentes e os estudantes, serem desenvolvidas ações na comunidade e na família do paciente.

No primeiro momento a discussão acontece na unidade básica de saúde entre os profissionais e os discentes, num formato de mesa redonda, onde se garantiu a fala de todos, seja amparada no referencial teórico como também, provenientes de experiências vividas. Levou-se em consideração a rede de atendimento à saúde mental, as minhas observações, os equipamentos sociais, as características da comunidade e o tempo de atenção, definindo assim um plano terapêutico de intervenção.

As ações aconteceram no cotidiano da comunidade, através de visitas domiciliares. O atendimento oferecido pelos alunos se deu de forma muito sincera e clara, valorizando a compreensão do sofrimento psíquico, para a elaboração de estratégias de convivência e reinserção social.

A possibilidade dessa intervenção *in loco* permitiu a expansão das ações a serem realizadas com o aumento da rede de cuidado, através da identificação de amigos, de pessoas dispostas a compreender e ainda, de pessoas dispostas a dar suporte a essa família. Possibilitou ainda a aproximação da comunidade e dos equipamentos que ela dispõe como ferramenta indissociável de ressocialização e do resgate da identidade, fortalecendo a inclusão social, o que neste estudo pode se configurar como uma grande aquisição de conhecimentos para todos os participantes.

Concomitante ao processo de intervenção *in loco*, foi produzido um relatório contendo uma síntese da vida do paciente e da família, o plano terapêutico em andamento e a possibilidade de inclusão no serviço de saúde mental do município.

A intervenção se concluiu ao final do semestre, tempo que estabelece a passagem de período dos estudantes envolvidos, com a consolidação do plano terapêutico e a completa avaliação, com vistas ao reconhecimento, envolvimento, comprometimento, planejamento, sistematização e execução das atividades pactuadas.

A avaliação foi realizada durante todo o processo de forma que todos os participantes, docentes e discentes conheçam e avaliem a todos, dando a possibilidade da autoavaliação e avaliação dos seus pares, valorizando o seu contexto formativo. Como reforça Sousa (1998), a avaliação formativa é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, para preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas.

Essa avaliação nos fornece muito mais do que só um conceito de suficiente ou insuficiente. Via-se no olhar, nas colocações, na ansiedade, no protagonismo de cada estudante o rompimento de barreiras pautadas no estigma, na incapacitação do paciente e no

atendimento territorial longe dos muros do manicômio. Este novo olhar mais a prática do processo avaliativo com certeza se configuraram como novos conhecimentos para os alunos e funcionários da ESF

Os discentes através das visitas domiciliares percebem a possibilidade de um novo espaço de cuidado, afetando e deixando se afetar pelas histórias destas pessoas, mobilizando as equipes de saúde e produzindo importantes estratégias terapêuticas em parceria com os serviços de saúde locais.

Essa atividade foi detalhada na avaliação dos professores envolvidos na organização e operacionalização do período, além de todos os outros estudantes que desenvolveram suas atividades em outras unidades de saúde.

Avançamos consideravelmente na atenção prestada a alguns usuários portadores de transtorno mental, convergindo esforços para o resgate de direitos humanos básicos, reestruturando suas atividades sociais no tempo e espaço, despertando o sentimento de pertencimento, a produção da qualidade de vida e a transformação da realidade singular e coletiva. Esses avanços demonstraram o poder transformador que a formação em saúde, agindo em parceria com o serviço, na elaboração, operacionalização e consolidação da assistência prestada ao portador de transtorno mental tem. Feuerwerker (2006), não parece ser possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e como diz Monceau (2013) sem que haja a produção de novos conhecimentos.

5.7 APLICAÇÃO DA MODALIDADE DE RESTITUIÇÃO

Para Lourau (1993) “A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um *feedback* tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados”.

A restituição dos resultados dessa pesquisa para os envolvidos no ensino da atenção psicossocial da medicina do UNIFESO teve a finalidade de produzir em uma discussão coletiva a análise dos conhecimentos produzidos preliminarmente, partindo do pressuposto de que esses dados não se encerram em si e na interpretação do pesquisador, mas estão em constante movimento.

A restituição no método socioclínico institucional se dá durante e ao final do processo de intervenção e/ou produção de conhecimento. Segundo Lourau (1993), a pesquisa, continua após a redação final do texto, podendo, até mesmo, ser interminável.

Ainda para Lourau (1993, p.56) se a população estudada participa dessa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de “pesquisador-coletivo”, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições.

Neste estudo, a cada reunião com os alunos na unidade de saúde ou mesmo no final da disciplina era feita a restituição do que havia sido discutido o que possibilitava que os participantes tomassem ciência de suas posições, permitindo que o debate acontecesse a partir de novos questionamentos como já abordado anteriormente no item “participação dos sujeitos na pesquisa”.

Porém, com as mudanças ocorridas depois da minha demissão, a última restituição que seria realizada ao final deste período, em uma assembléia com todos os envolvidos na pesquisa, onde deveriam ser apresentados os resultados não aconteceu como planejado. A falta desta última etapa que buscava promover um movimento que permitia aos envolvidos um reposicionamento de seus papéis na instituição e as possibilidades de construção de novas análises deixou um hiato neste estudo, sem, no entanto invalidar os resultados alcançados, pois como refere Monceau (2013) o grande ganho da restituição é justamente ampliar os espaços de reflexão, fato este que ocorreu em todos os encontros.

5.8 TRABALHO DOS ANALISADORES

Refere Monceau (2013, p.98), com relação aos analisadores na pesquisa socioclínica, que, às vezes, um dispositivo, seja um relatório, um texto ou a presença implicada do pesquisador, podem provocar situações que façam a instituição falar. Para o autor, é “analisador tudo aquilo que apóia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico”.

Nesta a pesquisa, o trabalho realizado com o grupo de alunos, as entrevistas, a elaboração do diário de campo, a presença implicada do pesquisador, se constituíram em dispositivos que abriram possibilidades de fazer as instituições educação e saúde falar, ou seja, fazer emergir através dos participantes aquilo que permanece oculto nas instituições. Foi assim que nas falas dos alunos e na análise dos diários e das entrevistas podem-se perceber

problemas recorrentes relacionados à formação na saúde mental; a atenção psicossocial; as dificuldades em articular teoria e prática, conflitos políticos institucionais, questões éticas, e a influência do dinheiro permeando diferentes relações entre os envolvidos neste estudo. Estas percepções permitiram constatar os seguintes analisadores:

- Os limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação do profissional de saúde;
- A influência do dinheiro de uma organização educacional na relação com os seus educadores

6. DISCUSSÃO

6.1 OS ANALISADORES QUE FIZERAM A INSTITUIÇÃO ENSINO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FALAR

L'Abbate (2014, p.18-19) refere que o conceito de analisador é um “conceito polissêmico, porque originado da experiência de várias disciplinas, desde a química até a Psicanálise”. E complementa:

analisador é qualquer acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização, ou até numa sociedade.

Esclarece a autora supracitada (2014) que existem “analisadores clássicos” como aqueles que causaram grande impacto na história, salientando o “movimento operário na sociedade moderna” ou fatos históricos que causam repercussão mundial. São analisadores porque revelam aspectos da sociedade, que muitas vezes são desconsiderados pelos governantes, que ficam na sombra, pois muitas vezes não há interesse que sejam revelados. Para a autora sempre se deveria questionar: o que estes fatos estão querendo revelar? Destaca que os analisadores são importantes porque quando identificados revelam “as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações, permitindo que se faça uma análise da situação”. Diferencia os analisadores naturais, como sendo os mais “significativos justamente

porque inesperados” e os analisadores construídos, como aqueles que podem surgir de “dispositivos que o socioanalista utiliza para permitir que certas questões apareçam”.

Segundo Monceau (1996) o processo de intervenção socioclínico-institucional, funciona como um dispositivo capaz de construir alguns analisadores, pois quando o pesquisador com sua presença e questionamentos interfere no funcionamento do instituído nas organizações, explicitando problemas, conflitos e encaminhamentos para uma possível solução dos mesmos, criam espaços para fazer a instituição, no caso deste estudo o ensino da atenção psicossocial falar.

Pode-se dizer que os analisadores deste estudo, foram analisadores construídos, pelos diferentes dispositivos utilizados nas intervenções, como a entrevista, reuniões de grupo, onde o pesquisador utilizava sempre um dispositivo em forma de questionamento sobre determinados fatos de interesse para o participante e também para o estudo.

Alguns analisadores surgiram de maneira recorrente, durante todo período de intervenção do estudo, revelando as dificuldades dos alunos relacionarem a teoria e prática, na evidente preocupação dos níveis hierárquicos superiores com os aspectos políticos e financeiros em detrimento das necessidades dos alunos e preceptores e na utilização dos profissionais e da comunidade como se fossem objetos descartáveis revelando um posicionamento antiético. Todo este cenário, vinha se contrapuser para que o ensino da atenção psicossocial fosse desenvolvido de maneira a criar mudanças nas práticas dos profissionais de saúde e também dos estudantes.

De maneira a não deixar o estudo repetitivo, vamos discutir em cada analisador, os aspectos que fizeram a instituição ensino da atenção psicossocial falar, seja a partir da fala dos participantes, ou seja, pela análise dos dados registrados no diário de pesquisa durante a intervenção.

6.2 ANALISADOR 1: OS LIMITES DO ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO DA SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

Durante a intervenção e na análise dos dados coletados foi possível constatar de que maneira os alunos de medicina perceberam os objetivos do ensino da atenção psicossocial na

ESF, destacando os limites no atendimento ao portador de sofrimento mental e de suas famílias, o que nos permitiu pontuar as seguintes questões:

A primeira delas vem dos objetivos a serem atingidos pelos alunos para a aquisição de competências e habilidades para desenvolver uma assistência de qualidade na atenção psicossocial. Como já explicitado nessa pesquisa os conteúdos específicos do período para a “saúde mental” se encontram distorcidos e só ganham forma quando relacionados aos transtornos psiquiátricos, nos seus aspectos biológicos e da doença. Neste sentido, a “formação” teórica desse aluno não se encarrega de aproximá-los de práticas mais propositivas de saúde que consideram o portador de transtorno psiquiátrico no seu todo.

Tivemos a teoria aqui na faculdade, acho que ficamos meio que... sei lá..desamparados, porque a gente não conseguiu fazer lá o que aprendemos aqui, entendeu, tudo foi muito básico para poder fazer lá... (aluno 4)

A falta de articulação da universidade com o serviço de saúde no que se refere ao programa de ensino da atenção psicossocial dão as equipes a “liberdade” de operacionalizar/avaliar a ação a partir da reprodução de sua prática ou mesmo de não atribuir critérios para a atividade realizada, pouco se importando para o resultado da ação. Isto pode ser exemplificado pela fala abaixo:

o grupo fez o atendimento lá no posto... fizemos ao final, as possíveis propostas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes....mas a gente nunca vai saber se foi feito, se foi solucionado o problema dele, se conseguiram encaminhar ele para a psiquiatria, para um psiquiatra...isso não é dever só da faculdade é também do sistema de saúde (aluno 3).

Este fato vem mostrar que na falta de um maior entrosamento com a equipe do ESF, seja em diálogos ou em debates após a visita ou a consulta, o aluno fica com a impressão da não continuidade de suas ações, indicando a pouca integração entre teoria e prática. Relatam também, ficar meio soltos, sentindo falta da presença mais direta de um professor “especialista” para dar apoio ao aluno e integrar melhor teoria e prática como vemos a seguir:

Nesse caso que a colega falou, eu acho que pra ter maior amparo tinha que ter a presença do especialista, sabe. Se tivesse, por exemplo, um profissional que tivéssemos mais contato com ele, que ele passasse pelo menos um mês em cada posto para dar esse amparo à gente (aluno 3).

Outras vezes, o aluno fica com a sensação de que a atenção psicossocial e o cuidado de pacientes com problemas mentais, não é competência da equipe da ESF, necessitando ser

encaminhando a médicos especialistas na área da saúde mental, como revelam os depoimentos abaixo:

Então, passamos agora no IETC um período conhecendo o paciente na comunidade e acompanhado ele no tratamento, depois nos vamos pro HCT (hospital da faculdade) e lá a gente vai ver melhor isso, porque não teve muita melhora do paciente. O medico do PSF só deve identificar e encaminhar para o especialista. Acho que o medico do PSF só deve saber reconhecer a doença do paciente o resto é com o especialista (aluno2).

Por exemplo a medica La do meu posto ela é G O, então ela não tem conhecimento daquela área ali, de psiquiatria ela só tem uma noção, então se tivesse um apoio do especialista, do psiquiatra (aluno 5).

Vale ressaltar que no PPP, a integração teoria e prática é enfatizada em seus objetivos, porém, pelos relatos acima verificamos que nem sempre é o que acontece. Abaixo, trouxemos um trecho do PPP onde encontramos bastante definida a necessidade desta integração:

A UNIFESO define PPP como a própria organização do trabalho pedagógico do curso, sendo construído e vivenciado por todos os atores envolvidos, na medida em que afirma a identidade e a intencionalidade que se pretende atribuir à formação. Nesta perspectiva, reitera-se a articulação entre a teoria e a prática, com reflexos na qualidade do ensino e da produção científica. O modelo pedagógico do Curso de Medicina do UNIFESO tem como objetivo geral, formar um médico com uma compreensão mais consistente e ampliada acerca do processo saúde-doença e seus determinantes, competente para o exercício da profissão e consciente de seu papel social enquanto cidadão. E como um dos objetivos específicos, implementar a articulação de ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, em atendimento às necessidades da formação profissional e a complexidade do mundo do trabalho (UNIFESO - PPPI, 2006).

No entanto, as falas dos alunos, as anotações nos diários, além da minha observação, a partir da vivência nesses processos, mostram que os mecanismos utilizados para a articulação teórica entre o ensino e o serviço, até a data dessa pesquisa, não dá à equipe o entendimento das reais competências que os alunos devem desenvolver na sua prática. O que se pode observar nas reuniões com os preceptores foi uma discussão focada em dados quantitativos e normativos das atividades no campo prático, distanciando das discussões que se referem às necessidades dos pacientes e a relação com a efetividade das ações e revelando a ausência de interação com os processos teóricos que permeiam a atividade dos alunos na ESF.

O Wagner acha que a gente tem uma noção geral de tudo, mas acho que falta tempo para gente aprofundar em cada coisa dessa... por exemplo...se a gente tem esquizofrenia no curso...a gente consegue da uma olhada em esquizofrenia em algum outro cenário, como foi no Henrique Rocho em Niterói , mas a gente não consegue muitas vezes achar um caso de esquizofrenia na comunidade, alguns acharam, a gente consegue ver em um setor, mais não em tudo eu acho que isso é tempo de curso e o tempo da área de psiquiatria no curso (aluno10).

Até porque são só seis meses só de curso de psiquiatria que a gente tem e esses seis meses fracionados porque a gente tem infecto junto com esse período. Então pra gente ter segurança de estar na comunidade sozinhos é muito pouco tempo, pra isso (aluno 8).

A avaliação das ações desenvolvidas pelos docentes responsáveis pela IETC que acontecem ao final do período com a apresentação oral e escrita dos casos atendidos, que se constitui, também, em material desta pesquisa, se resume a discutir o caso a partir da visão do aluno. Os docentes desconhecem o contexto do processo de vida do paciente atendido, desconhecem a comunidade em que ele vive, a sua família, os equipamentos sociais presentes no território e sua relação com esses fatores. Isso esvazia a discussão, reduzindo toda a existência desse paciente a um relato de caso realizado pelos alunos. Essa “avaliação” docente que define a progressão dos alunos e feita a partir do encerramento da apresentação do caso, não o retomando no semestre seguinte o acompanhamento desse sujeito assistido pelos alunos. Levanta-se aqui uma discussão ética do vínculo da universidade com a comunidade que oferece o campo de prática.

Pelo que a gente viveu no Rio, em Guapimirim e ate mesmo em Teresópolis que a gente teve contato da UBSF... tem... eles oferecem a medicação necessário, os exames necessários e o acompanhamento psicossocial dele... a inclusão dele na sociedade não acontece (aluno 8).

Neste contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001), no seu art.13, incisos 1º e 2º, que versam sobre a avaliação direcionam para:

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

A falta de uma avaliação efetiva pelos preceptores, professores e alunos sobre a

assistência dos pacientes com sofrimento psíquico, tem reflexo na insatisfação das famílias e usuários da saúde mental, sobre a resolutividade e continuidade das ações promovidas pelos alunos. Relatam sentir-se “usados” como meros objetos na construção do conhecimento do aluno, sem obter respostas significativas para as suas reais necessidades de vida, ficam a mercê da repetição engessada das ações que se rompem a cada período.

Outra questão apontada pelos alunos, que pode trazer conseqüências negativas em seu processo de formação, é que o campo de prática não proporciona a eles a segurança necessária para desenvolver a atenção psicossocial como gostariam, chegando a ter uma postura crítica a respeito do tratamento dos pacientes de saúde mental nas unidades públicas de saúde, como mostra o relato a seguir:

Pra mim é uma coisa bem subjetiva. No meu ambulatório na G.O peguei uma paciente no consultório, identifiquei o problema, fiz a medicação, resolvi o problema... pedi os exames..dei conta do problema....mas com o paciente psiquiátrico, tipo, não tem um exame de sangue que vai lhe dar um hematócrito alterado e você falar assim...porque ta alterado ele tem isso....e é o que acontece em muitos casos...tem psiquiatra que tomam o diagnostico do paciente, ele vai em outra consulta com outro psiquiatra e o outro psiquiatra da outro diagnostico, entendeu, isso não é uma coisa incomum (aluno8).

Os relatos dos estudantes de medicina apontam as lacunas existentes entre a teoria e prática na formação do aluno, e apesar do que se encontra preconizado nas DCN/2001, cujos pressupostos se encontram descritos no PPP da instituição, ainda existe a necessidade de se repensar maneiras mais efetivas de favorecer a relação entre a Instituição de Ensino, os profissionais dos serviços e os alunos em processo de formação.

Trazendo a questão para a análise institucional, podemos dizer que as DCN/2001, vieram inovar e qualificar o processo de formação, podendo-se dizer que contém aspectos instituintes capazes de trazer mudanças na instituição educação. Porém percebe-se que ainda existem limites para sua implementação, com um distanciamento entre teoria e prática, discurso e ação, inviabilizando mudanças significativas no ensino da atenção psicossocial. Este analisador permitiu aplicar o que L'Abbate refere (2012, 197) ao referir que “a análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática e tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”, o que se buscou realizar neste estudo.

6.3 ANALISADOR 2 – A INFLUÊNCIA DO DINHEIRO E A CONCEPÇÃO ÉTICA DE UMA ORGANIZAÇÃO EDUCACIONAL NA RELAÇÃO COM OS SEUS EDUCADORES

Quem nos esclarece é L'Abbate (2004, p.1), ao referir que o dinheiro ocupa lugar preponderante no conjunto das atividades humanas, complementando que:

il est impossible de penser le monde actuel sans l'existence de l'argent, même si souvent il passe inaperçu, discret, voire même étrangement abstrait...”. “é impossível pensar o mundo atual sem a existência do dinheiro, ainda que muitas vezes ele passe imperceptível, discreto, ou mesmo estranhamente abstrato”.³

Também, para Carmo (2012, p.71):

O analisador dinheiro é o primeiro analisador da instituição, pois funciona como analisador de nossas ambiguidades. O destaque que ele coloca nesse estudo é sobre a base econômica da instituição universitária e o mundo comercial como, por exemplo: quais são os lugares respectivos e as relações entre pesquisa e formação? Quais os tipos de conhecimento que as ciências da saúde produzem? Em direção de quais futuros profissionais a universidade forma os trabalhadores? Entre outras.

Como pudemos ver anteriormente na interferência dos contextos e nas implicações do autor, alguns aspectos apontaram para limites tanto no desenvolvimento desta pesquisa quanto no processo de formação dos acadêmicos, relacionados ao dinheiro e a ética nas relações dos níveis hierárquicos superiores com os professores, preceptores, alunos e comunidade. Com relação aos aspectos financeiros, destacamos pontos que consideramos importantes não apenas porque ocorreram no município de Teresópolis, mas porque em nossa sociedade, muitas vezes o lucro vem antes do compromisso ético nas relações interpessoais, na valorização de uma educação de qualidade, no compromisso com as comunidades assegurando a continuidade e a resolutividade da assistência.

O primeiro se refere à fragilidade das ações educativas frente aos interesses e conflitos entre a Universidade e o Gestor Municipal em negociação da contra partida financeira da Universidade para liberação dos campos de prática e também, entre a Prefeitura e o HCT na negociação financeira de dívidas pendentes. Pudemos verificar neste estudo, que este tipo de relacionamento inviabilizou o planejamento, a continuidade das ações de saúde e a motivação dos profissionais e dos alunos para o trabalho. Como referido anteriormente, a população

³ Tradução colhida do texto “O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais”, apresentado para debate na disciplina SC398/2004 - Tópicos em Ciências Sociais, Medicina e Saúde & Sociedade”: Ênfase: Análise Institucional e Socianálise, coordenada pela Prof^ª Dr^ª Solange L'Abbate.

torna-se menos receptiva porque se sente usada e não acolhida e cuidada. Minha participação no Conselho Municipal de Saúde permitiu que eu tomasse conhecimento destes conflitos e das dificuldades nas negociações, e da dualidade de interesses: de um lado a Universidade necessitando do campo de prática para os alunos e de outro a prefeitura mais preocupada com ações de maior visibilidade social que lhes rendessem créditos eleitorais.

Um segundo aspecto traz a falta de incentivo financeiro para os profissionais de serviço que atuavam como preceptores, ficando muitos com acúmulo de trabalho, sem contar que nem todos profissionais se engajaram com a mesma boa vontade na preceptoría depois que foram subtraídos parte de seus salários.

Correlacionando os aspectos éticos e financeiros lembramos como terceiro aspecto, a demissão do pesquisador de suas atividades docentes, pelo fato de continuar insistindo na importância da continuidade da assistência a população e com o programa de ensino em saúde mental na atenção psicossocial, fato este que não estava mais em consonância com o planejamento da nova administração.

Este fato traz para reflexões a questão do poder e do dinheiro que se constituem em fortes analisadores. Como já referido, a cogestão da Universidade com a Secretaria de Saúde trouxe no seu bojo velhos pontos de discordância, que apareciam no descontentamento de docentes, alunos, profissionais de saúde e população. Antes da última licitação para cogestão dos serviços de saúde na atenção básica do município, vencida pela UNIFESO, as equipes recebiam um melhor salário e uma gratificação para realizar a preceptoría, algo que foi suspenso pela universidade. Pode-se pensar que essa atitude do UNIFESO levou a uma falta de estímulo das equipes para o real comprometimento com a formação desses alunos. O analisador dinheiro, um dos mais potentes da Análise Institucional, desvela aqui a importância que não é dada aos preceptores na formação de profissionais para a saúde.

Trazendo a implicação dos atores com os aspectos financeiros apontados acima, pode-se afirmar com Monceau (2012, p.21) que a “implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pelas instituições querendo ele ou não” e estas implicações tem efeito em nós e em como nos comportamos em nossa vida pessoal, profissional, sendo necessário compreender nossas implicações com a instituição, antes de realizar a análise dos fatos, por correr-se o risco do pesquisador estar sobreimplicado com o trabalho.

Para Monceau (2008, 23) “a sobreimplicação pode ser definida como uma impossibilidade de analisar a implicação”. Isto ocorre quando o pesquisador está muito vinculado à instituição onde desenvolve a pesquisa, impedindo que veja outros aspectos importantes que permeiam o contexto. Somente com o decorrer da discussão e da análise do estudo, o pesquisador terá condições de avaliar suas implicações e suas sobreimplicações, o que poderá enriquecer o estudo e a compreensão da realidade.

Lourau (2004, p.191) esclarece que na sobreimplicação “a relação com o objeto ocupa todo o espaço e esvazia os outros campos de implicação existentes – como a encomenda, a instituição, a relação com a teoria, a relação com a escritura”.

A leitura desses autores permitiu ao pesquisador um repensar de suas implicações, num esforço de separá-las de sua sobreimplicação trazendo para análise seus sentimentos de irritação, medo, revolta por ocasião de sua demissão da Universidade, nas dificuldades encontradas para a continuidade do estudo, na percepção da desvalorização do ensino da Saúde Mental e na implantação de uma assistência nos moldes da Atenção psicossocial pelos gestor municipal e da Universidade. Esta sobreimplicação pode ser notada na dificuldade do pesquisador em dar continuidade à dissertação, em colocar suas análises no papel como se percebe no relato feito do diário de pesquisa transcrito abaixo:

as dificuldades continuavam para o andamento da pesquisa, passei então por um período de negação e estagnação, não conseguia mais pensar, escrever e falar sobre isso. Na pré-qualificação do mestrado e no congresso da ABRASCO ficou evidente a barreira imposta por mim frente a tudo que remetia ao processo, algo que até pouco tempo era parte do meu projeto de futuro. No entanto, as pessoas que acreditaram em mim, com menção especial a minha orientadora, não mereciam o engano na escolha enquanto aluno do programa de mestrado, então em Maio de 2014, retomei a construção da pesquisa e a busca do “tempo perdido”. (Diário de pesquisa, 12/05/2014).

Ainda falando da sobre implicação, Jesus (2013, p.128), ao refletir sobre a possibilidade de uma sobreimplicação com o seu estudo, coloca sentimentos muito semelhantes aos sentidos pelo pesquisador no auge dos acontecimentos que vinham na contramão dos objetivos do mesmo, tanto como professor quanto como profissional de saúde, ao acreditar na necessidade da implantação e implementação da atenção psicossocial no ensino e nos serviços. Esclarece Jesus que “na análise destes momentos, de aparente sobreimplicação, um dos aspectos revelados foi o desgaste emocional do pesquisador quando algumas posturas ideológicas dos atores, no campo de análise, divergiram-se da sua”, fato este em consonância com os sentidos também pelo pesquisador deste estudo.

Com relação às divergências das posturas políticas e ideológicas um quarto aspecto

coloca para reflexão a tomada de poder da Universidade como uma OS, que por sua vez, colocou em primeiro plano os aspectos financeiros relacionados ao custo benefício e não com as necessidades dos professores, alunos e população. Houve demissão de funcionários engajados com a qualidade dos serviços educacionais e o desmantelamento de campos de prática sem prévio aviso as comunidades que ficaram desassistidas. A revolta da comunidade discente e docente, que se reuniu diversas vezes em protesto, não foi suficiente para uma mudança de postura da Universidade.

Complementando estas reflexões destacamos o quinto aspecto que se refere ao uso das pessoas como se fossem objetos, para interesses específicos, mostrando a falta de ética para com os educadores. Esse aspecto foi bem descrito anteriormente quando a Universidade antes de demitir o professor, (que no momento também desenvolvia sua pesquisa naquele cenário), o vinculou a um grupo de cogestão de maneira a que pudesse repassar a eles toda sua experiência de organização de serviços na atenção psicossocial, para depois demiti-lo sem justa causa, apenas porque trazia um pensamento mais criativo e inovador no processo ensino aprendizagem, apoiado nas DCN/2001 e na Constituição Federal de 1988 para uma promoção da implementação das políticas do SUS.

Percebe-se nos fatos relatados, as questões éticas que permeiam as práticas dos níveis hierárquicos superiores para com os docentes e profissionais de saúde, afetando diretamente a população, neste caso entendida como objetos utilizáveis e possíveis de descarte quando não existe mais interesse. Para aqueles que atuam na comunidade e têm com ela um vínculo e um compromisso, essas atitudes de descaso e de menos valia, só revelam as dificuldades na implementação de políticas públicas onde os princípios do SUS como a equidade, a resolutividade, a participação da comunidade sejam respeitados como direito de todos os cidadãos como previsto na Constituição Federal de 1988. A este respeito, a fala dos participantes reflete a dificuldade em entender o SUS e especificamente a aplicabilidade da atenção psicossocial na ESF:

Acho que é pouco o que se pode fazer na doença lá no posto, não da pra fazer muito (aluno 8).

Para esclarecer os alunos, o pesquisador durante uma das intervenções, traz para debates a questão do SUS ao referir que:

As instituições, diretrizes do SUS e tudo que rege o ensino médico no Brasil em relação à atenção à saúde mental apontam para que essa relação do médico com o serviço e a comunidade seja potencializada, foram criados dispositivos para sustentar esse atendimento, como CAPs, NAPs, Residência terapêutica. E a

universidade tem como um dos objetivos prepará-los para atender esse paciente na ESF... Estamos então saindo da formação com as competências necessárias para atender na lógica dos SUS e da atenção psicossocial?

Obtém como respostas:

É muito querer que a ESF de conta (aluno 9).

Acho que é impossível responder essa questão sem colocar os problemas do SUS... quando você esta na faculdade você é treinado para pedir exames, a ter uma consulta de qualidade de 20 minutos 25 minutos, só que você chegar num PSF tendo 60 pacientes na fila você mesmo sendo um medico de qualidade você não pode oferecer uma consulta de qualidade... acho que a formação em si é boa...sei que tem muito medico ruim...não to falando que todos são bons... mas acho que o sistema e o maior contribuinte para a falha dele (aluno 16).

Concordamos com Mourão e Luzio (2013, p.355) quando enfatizam que quanto mais cedo os alunos forem inseridos no campo de prática, maior será a contribuição para a “construção de perfis profissionais mais comprometidos e capacitados para a efetivação do SUS e da Atenção Psicossocial”. Complementam, porém, que:

as instituições de ensino responsáveis pela formação dos profissionais de Saúde, de maneira geral, têm influenciado muito lentamente no processo de construção do SUS e da Atenção Psicossocial, assim como na definição das novas políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental (2013, p.356).

Queremos destacar duas situações: a primeira a pouca valorização da gestão da Universidade e do Município, na implementação das políticas de Atenção psicossocial, permeada por problemas éticos e ideológicos e a segunda, o comprometimento das políticas do SUS, que na visão dos alunos ficam distorcidas pela falta de qualidade e de resolutividade nas ações observadas por eles durante o desenvolvimento da prática, o que pode contribuir para um descrédito dos futuros profissionais no ideário do SUS.

Complementando a discussão e o depoimento dos alunos sobre as políticas da Atenção psicossocial no SUS, destacam Severo Dimenstien (2013, p.557) que:

a coexistência explícita de dois paradigmas, acaba gerando tensões no cotidiano do ambulatório, tensões que indicam a verticalização do saber psiquiátrico, a hegemonia dos especialismos, a fragmentação dos processos de trabalho, dentre outros, o que tem gerado desprazer e sofrimento dentre os trabalhadores. Isto é reforçado pela cisão da equipe com a gestão e pela despolitização dos problemas cotidianos vivenciados pela equipe. Ao mesmo tempo existe um movimento instituinte de tentar romper com o Paradigma Hospitalocêntrico e Medicalizador, tentando inventar novas práticas ligadas a horizontalização dos saberes, a corresponsabilização pela demanda etc.. As tensões acima mencionadas têm proporcionado ora repetição, ora a invenção, ora alegria, ora dor no cotidiano dos trabalhadores do ambulatório e dos serviços de saúde em geral.

Com relação às práticas instituintes, estas puderam ser observadas no estudo, mas foram enfraquecidas por não atender as necessidades ideológicas da Universidade no contexto estudado. Destacamos, portanto, como um problema ético os conflitos decorrentes das mudanças que ocorrem no comportamento das pessoas quando percebem atitudes instituintes e inovadoras, que podem comprometer de alguma maneira a ordem estabelecida.

Isto ficou claro, com as proposições do pesquisador sobre uma metodologia de ensino mais ativa, onde o doente, a família e a comunidade eram colocados no centro da atenção e do cuidado, com uma nítida valorização do ser, da saúde e da ética no cuidado em contraposição com interesses financeiros. Mais uma vez o analisador dinheiro aparece permeando as relações conflituosas, daí entendermos a importância deste analisador na análise institucional.

O estudo revelou também como atitudes que podem ser consideradas instituintes emergem em situações de crise, proporcionando um repensar sobre todo sistema educacional e de saúde, com possibilidades de provocar mudanças na realidade. Destacamos, aqui, a importância das intervenções, como capaz de provocar uma ruptura no funcionamento do instituído, a partir da participação de todos que têm alguma ligação com a IETC participarem das reuniões. Esta discussão conjunta onde os níveis hierárquicos se horizontalizavam, permitiu que se diminuíssem as relações de poder e de saber entre os sujeitos da instituição.

Finalizamos a discussão, acreditando que as propostas instituintes colocadas em prática não se perderam totalmente. Elas fizeram parte de um contexto social onde professor, preceptor, alunos e profissionais de saúde puderam construir um embrião de uma nova prática na Atenção Psicossocial. Pode-se dizer que muitos atores que participaram do estudo e do contexto histórico social em que o mesmo foi realizado, tiveram atitudes instituintes definidas por Lourau (2004, p.61) como:

a capacidade do ator de analisar a posição que ocupa na estrutura social, orientação de tais ferramentas de análise para a prática social, tendo em vista assegurar uma crítica permanente da implicação e da distância institucional do ator, bem como dos outros atores presentes ou presentificados em seu campo de ação; estilo de vida e estados de disponibilidades para ações coletivas de transformação institucional.

7. PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE ANÁLISE COLETIVA DE PRÁTICAS DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo a CAPES em sua Portaria Normativa número 17, de 28 de dezembro de 2009, o trabalho final do curso deve ser sempre vinculado a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno e de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso. Apresentando um produto educacional destacável da dissertação que possa ser analisado e utilizado por outros professores, podendo ser produzido em diversos formatos!

Neste estudo optamos por realizar uma representação gráfica (holograma) da intervenção socioclínica institucional, onde os profissionais de saúde possam vislumbrar novas maneiras de se fazer uma análise coletiva das práticas profissionais. Dirigimos nossa contribuição para a análise de situações que podem estar trazendo conflitos nas práticas de formação dos profissionais na rede de serviços de saúde. Consideramos que tal estratégia contribui para o desenvolvimento de pesquisas que ampliem a compreensão dos sujeitos sobre a sua prática e conseqüentemente na produção do conhecimento na área do ensino em saúde.

Como trazemos os aspectos teóricos da socioanálise e da socioclínica institucional, interrogamos de que maneira poderíamos socializar este conhecimento, para que os profissionais de saúde e ou pesquisadores possam utilizá-la em sua prática profissional? Foi tentando responder a este questionamento que tentamos fazer uma representação gráfica da metodologia da intervenção baseada na socioclínica institucional que permitisse uma visualização rápida e integrada de todo processo de intervenção, lembrando que a colocação de cada característica no holograma, não corresponde obrigatoriamente à maneira como o processo de intervenção deve ser realizado na prática. Lembramos Monceau (2013, 101) ao nos alertar que:

A socioclínica institucional, apesar da formalização metodológica que tento realizar, é, primeiramente, uma maneira de me aproximar das questões sociais (e, portanto, profissionais) que não é redutível a uma lista de princípios ou regras a serem seguidas. Esta abordagem não é prisioneira de protocolos rígidos, mas baseia-se em características que determinam sua relação com os sujeitos e objetos.

7.1 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO NOS MOLDES DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

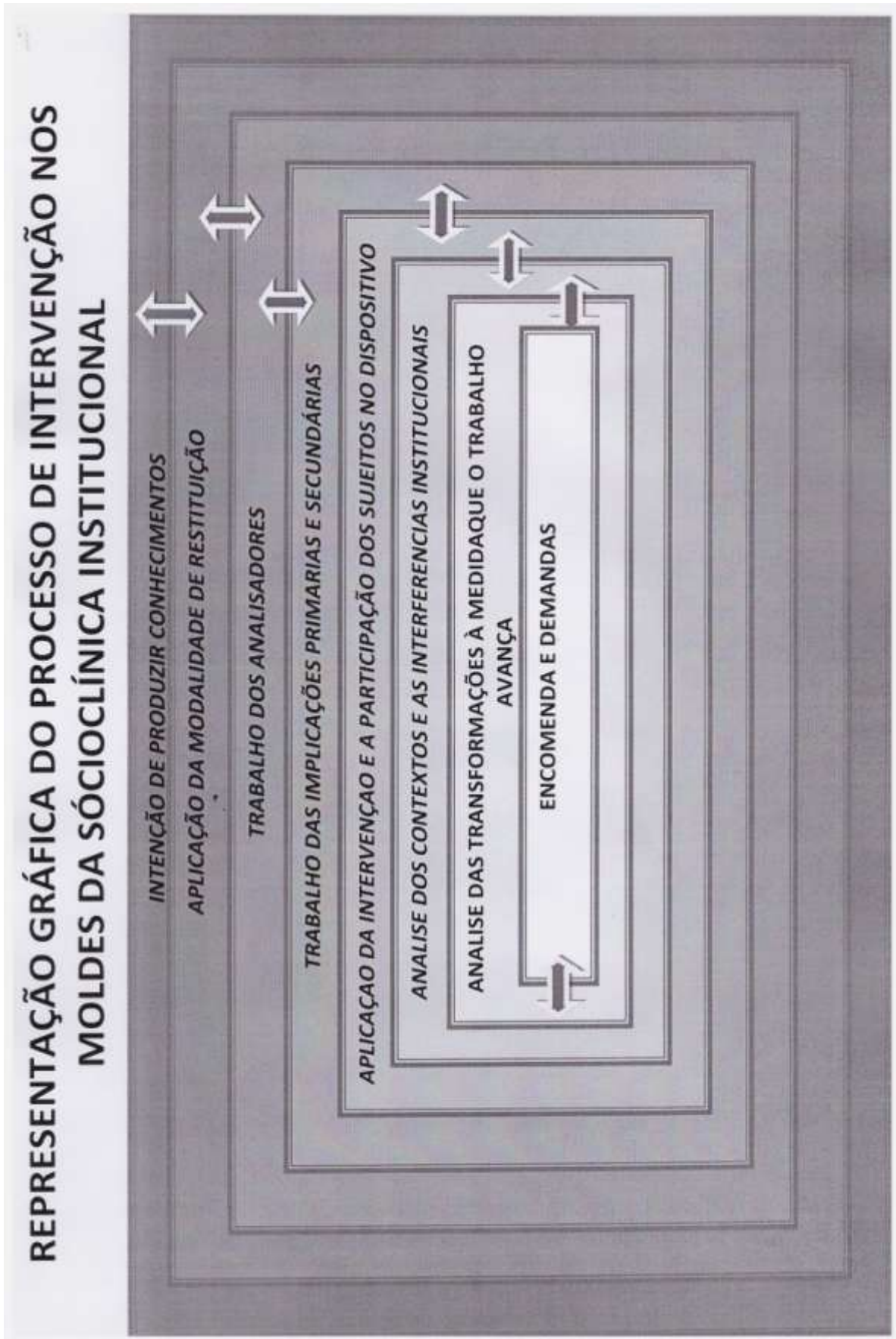


Imagem 6 – Representação gráfica do processo de intervenção nos moldes da socioclínica institucional (holograma).

Uma das primeiras questões a se observar na figura são as setas em duplo sentido, de maneira a que se perceba o processo de intervenção como um sistema em constante movimento e transformação, onde cada característica não acontece isoladamente, ou em uma sequência deliberada, mas em movimentos de ir e vir onde as diversas etapas influenciam e sofrem a influência umas das outras.

Na parte central da figura, colocamos a primeira característica da intervenção socioclínica *a encomenda e as demandas*. Elas foram aí colocadas, porque de maneira geral é a encomenda que determina o início da intervenção. Para Lourau (2004) é a encomenda que vai estabelecer o campo da intervenção, se modificando à medida que o trabalho avança. No caso desta pesquisa, a encomenda veio da UNIFESO, mas pode acontecer da encomenda vir do próprio pesquisador. Na intervenção, além da encomenda inicial surgem outras encomendas vindas de outros atores, e esta heterogeneidade de encomendas produzem diferentes demandas permitindo que o pesquisador “acesse a dinâmica institucional.” Ainda para Monceau:

as demandas não são apenas constitutivas das condições iniciais do trabalho, elas são também material necessário para informar diretamente os desafios colocados pelas situações. É a análise das encomendas e das demandas que sustenta a problematização (MONCEAU, 2013, p.96).

Como se pode observar a demanda e as encomendas iniciais, perpassam todos os campos da intervenção, porque estão presentes na situação, no problema e na busca de soluções, e as setas mostram esta intersecção.

A segunda característica colocada na figura foi *a análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança*. Colocamos logo no início por entendermos que mudanças começam a ocorrer no momento em que surge a encomenda seja vinda de uma pessoa externa ou do próprio pesquisador ao escolher seu objeto de estudo. Como já comentado anteriormente, a presença do pesquisador é considerada um dispositivo capaz de induzir mudanças no contexto a ser pesquisado. Esclarece Monceau (2013), que estas mudanças nem sempre são percebidas pelos atores ou pelo pesquisador, mas à medida que a intervenção avança, reposicionamentos acontecem sucessivamente nas situações e nas dinâmicas institucionais. Daí ser importante, entender esta característica como presente durante todo processo de intervenção e não como uma característica estática.

A terceira característica apresentada na figura é a “Análise dos contextos e das interferências institucionais”. Acreditamos que ao tomar ciência da encomenda, o pesquisador já conhece ou vai se aprofundar no conhecimento do contexto onde vai ser realizada a pesquisa, daí termos colocado nesta sequência. Porém em muitos casos sendo o pesquisador parte do contexto, este conhecimento prévio já ocorreu antes da encomenda. Destacamos a importância neste momento, do pesquisador estar atento às interferências institucionais, que sempre estiveram presentes, mas talvez nunca tivessem sido pensadas como importantes para a análise da situação. No caso deste estudo, o conhecimento prévio do contexto das relações da universidade, da ESF e da política do município deram ao pesquisador local privilegiado para a análise das interferências institucionais presentes, destacando os conflitos dessa relação e o reflexo nos alunos, no ensino e na assistência à comunidade. A este respeito Monceau (2013, p.101) nos explica que os contextos são atravessados por diferentes instituições, como por exemplo, a instituição família, a instituição religião, a instituição ensino, a instituição linguagem etc. que produzem várias interferências na conduta dos participantes, e que se forem devidamente analisadas em suas implicações poderão contribuir para produzir “efeitos transformadores e efeitos de conhecimentos”.

Importante destacar que as interferências institucionais influenciam e sofrem a influência de diferentes fatores durante todo processo de intervenção, porque fazem parte de cada indivíduo e também do coletivo analisado, daí a seta indicar este movimento de ir e vir.

A quarta característica representada na figura é a *aplicação da intervenção e a participação dos sujeitos no dispositivo*. A intervenção supõe que o pesquisador já tenha realizado diversas etapas que permitiram o contato do pesquisador com os participantes. Supõem também que o pesquisador tenha acertado diversos procedimentos burocráticos referentes à pesquisa, com a Universidade, com o comitê de ética, com a direção do local onde será realizado a intervenção dentre outros. Tratando-se de uma pesquisa, pode-se dizer que a seleção dos atores para participação na intervenção socioclínica, foi a partir de uma amostragem intencional, por pertencerem a um determinado contexto, de maneira geral já conhecido pelo pesquisador. Porém, nem sempre é simples conseguir a participação dos atores no processo de intervenção, devendo o pesquisador utilizar estratégias que despertem o interesse dos participantes (convites formais, uma carta via email, convites informais nos momentos de descontração, momentos de reuniões para discutir casos, até mesmo contar com a ajuda da direção para liberar os participantes para a intervenção). Alguns dispositivos

podem ser utilizados com os participantes como a entrevista individual, as reuniões em grupo, os diários individuais e coletivos dentre outros que mais se adaptarem ao momento.

Lourau (1975) refere que o método de intervenção consiste em criar um dispositivo que consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva. Cabe ao pesquisador pensar em um dispositivo que seja o mais eficaz para poder fazer as diferentes instituições ali presentes falarem sobre a questão problema.

Como se pode observar na representação gráfica, esta característica também perpassa por todas as outras características, pois à medida que o processo avança, mudanças podem ser observadas nas diferentes fases da intervenção socioclínica.

A quinta característica representada na figura é considerada pelos pesquisadores e analistas institucionais como uma das mais importantes do processo da intervenção socioclínica, que é a *análise da implicação*. Esta se inicia com a encomenda, esta presente nas demandas, passa pelas implicações pessoais e profissionais dos atores envolvidos no processo de intervenção, está presente na implicação pessoal do pesquisador com o objeto de estudo, com suas atividades profissionais, políticas, familiares, dentre outras implicações. Para Abrahão (2013, p.327 *Apud* LOURAU, 2004):

Analisar e avaliar o que está presente no conjunto das atividades das instituições, na dinâmica do instituído, do instituinte e da institucionalização, envolve a análise das implicações, que todos nós estabelecemos com as instituições às quais pertencemos. Reconhecer, na prática, a importância da “análise das implicações” passou a ser um dispositivo indispensável para o trabalho do analista institucional e do socioanalista. A análise das implicações, portanto estabelece a possibilidade de identificação de elementos que atravessam a nossa prática cotidiana e que podem construir barreiras para a gestão e o trabalho em saúde, pois tais elementos estão sempre presentes e são constitutivos das nossas ações, não havendo neutralidades, pois implicados sempre nos encontramos.

L’Abbate (2014, p.26) refere que René Lourau distingue dois tipos de implicações: as *implicações primárias* entendidas como as implicações do pesquisador consigo mesmo e com a equipe de pesquisa; implicação com o objeto de pesquisa, implicação com o processo de intervenção, implicação com a instituição acadêmica a que pertence; implicação na encomenda e nas demandas sociais, e as *implicações secundárias* que são aquelas que o autor tem maior dificuldade em revelar, como suas questões epistemológicas que podem se traduzir na dificuldade de escrever ou expor a pesquisa.

Diante do que foi exposto, fica fácil imaginar na representação gráfica da intervenção socioclínica institucional, como a implicação atravessa todas as características, sendo necessário estar atento a elas durante toda elaboração da pesquisa.

A sexta característica é bastante discutida pelos pesquisadores que é o *trabalho dos analisadores*. No estudo realizado, em diversos momentos falamos sobre os analisadores, e foi possível construir e colocar em discussão dois analisadores que ficaram bastante evidentes durante o processo de intervenção. Os analisadores como as demais características da socioclínica, podem ser encontrados nas diversas fases da aplicação do processo de intervenção.

Para L'Abbate (2013, p.432)

De forma geral, o efeito do analisador é sempre de revelar algo que está escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizada de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos.

Nesta representação gráfica, o trabalho dos analisadores revela o quanto o pesquisador deve estar atento aos fatos que se revelam durante as entrevistas, nas reuniões, nos diários do pesquisador ou dos participantes e mesmo na restituição, ampliando-se a escuta do que relatam os participantes implicados, e a observação dos fatos contidos em outros materiais. Isto exige que o pesquisador tenha disciplina, avalie suas implicações e mesmo suas sobreimplicações, de maneira a que o analisador seja procedente do coletivo e não de pressupostos pessoais, profissionais, familiares, sobre a questão problema da pesquisa.

A sétima característica que podemos ver na figura é a *aplicação da modalidade de restituição*. Por ter sido colocada na parte mais exterior da figura, não deve fornecer ao leitor, a impressão de que ela é a última parte do processo de intervenção. Como pudemos perceber no estudo realizado, a restituição, foi realizada ao longo dos encontros e a cada restituição fatos novos apareciam ou os mesmos fatos surgiam de forma recorrente. Para Lourau (1993) na restituição abre-se espaço para se falar de coisas que em geral não são colocadas no primeiro encontro entre o pesquisador e os participantes. Durante a restituição, onde o pesquisador geralmente coloca para o coletivo o que foi discutido na reunião anterior, podem-se abrir espaços de maior transversalidade entre o grupo, permitindo que fatos antes

silenciados e discutidos apenas nos espaços mais informais como na copa, ou corredores, comecem a ser revelados, podendo se constituir em futuros analisadores.

Na última linha da figura, colocamos a oitava característica que é a *intenção de produzir conhecimentos*. Este item, como o anterior, apesar de estar no final desta representação gráfica, na verdade está presente em todo processo da intervenção socioclínica. Pelo lado da pesquisa, sabe-se que todo pesquisador tem como objetivo criar um novo conhecimento, ampliar conhecimentos já existentes, ou mesmo, refletir sobre se os conhecimentos existentes favorecem a formação dos profissionais. Pelo lado da socioclínica institucional, a partir da encomenda e das demandas iniciais, um novo conhecimento começa a ser criado, pela possibilidade de um repensar sobre a teoria e a prática o que pode provoca mudanças na maneira de entender a realidade em um movimento contínuo como representado na representação gráfica que vai do centro a periferia e desta ao centro durante a intervenção socioclínica institucional.

Esperamos com esta representação gráfica ter conseguido auxiliar novos pesquisadores e profissionais na aplicação da intervenção socioclínica institucional, clareando alguns conceitos e tornando acessível esta metodologia para aqueles que se interessam pelo referencial teórico metodológico da análise institucional aplicada as práticas dos profissionais. Queremos deixar bastante claro, que não foi nosso propósito reduzir um assunto tão complexo, a uma representação gráfica simplista e estática, mas sim contribuir para que a partir desta figura, o leitor sintasse estimulado a conhecer melhor o, cada uma de suas características e se aprofundar no referencial teórico da análise institucional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de ingressar no mestrado profissional, o sentimento que prevalecia em mim era o de contribuir para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, uma tarefa árdua diante a todos os processos intervenientes que permeiam a inversão da assistência aos portadores de transtorno mental. Realizava juntamente com os alunos de medicina, ações que na minha visão contribuía para a mudança. Porém, verificava que apesar dos meus esforços, dos alunos e de alguns preceptores, não conseguíamos vislumbrar mudanças nas práticas dos profissionais de saúde relacionadas à atenção psicossocial. No fundo, buscava algo que gerasse movimento e que não se findasse ao término do período letivo, como colocado no corpo dessa pesquisa.

A entrada no mestrado e as reflexões que emergiam das conversas com minha orientadora levaram a problematizar a situação da assistência psicossocial no contexto sócio histórico em que ocorreu o estudo, permitindo delimitar o tema e o objeto desse estudo: *A institucionalização do ensino da atenção psicossocial na perspectiva do modelo da atenção psicossocial no curso de Medicina*. O cenário escolhido foi uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, no município de Teresópolis- Rio Janeiro. Nesta ocasião, já havíamos escolhido que o referencial teórico metodológico utilizado seria o da Análise Institucional. Foi necessário um aprofundamento teórico sobre Análise Institucional e sobre a intervenção socioclínica institucional, antes de darmos continuidade ao estudo, bem como um aprofundamento no desenvolvimento da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil. De posse desse referencial, foi possível definir os rumos da pesquisa estabelecendo como objetivo geral deste estudo como: *Avaliar a institucionalização do processo de ensino da atenção psicossocial realizado nos cenários de prática da ESF, na formação do médico, da UNIFESO*. Para facilitar o alcance dessa proposta traçamos os seguintes objetivos específicos: *Correlacionar a evolução da atenção psicossocial ao longo da história e suas interfaces com a formação dos profissionais de saúde; Aplicar a metodologia da socioclínica institucional para análise das práticas de formação profissional em saúde e Identificar as nuances da institucionalização do ensino da Atenção Psicossocial e sua integração com o campo Estratégia de Saúde da Família, na formação dos médicos, no município de Teresópolis*.

O referencial teórico-metodológico da Análise Institucional serviu como base para o estudo, pois busca compreender a realidade social considerando o entendimento das práticas e os relatos de seus atores. Exalta a Instituição como uma unidade de luta de contrários que deve ser analisada a partir das produções de seus conhecimentos Universal, Particular e Singular. O estudo considerou ainda, a Socioanálise, definida Como um método de intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições (LOURAU, 1975), que influencia na abordagem de Gilles Monceau, que sistematizou a diversificação das práticas de análise institucional sob o nome de socioclínica institucional. Esta proposta constitui-se em uma maneira de trabalhar no campo o quadro teórico da análise institucional, a partir de oito características ou operações que foram bastante discutidas no decorrer da análise dos dados e também na elaboração do produto do estudo.

Assim, o trabalho socioclínico institucional no seu modo de análise institucional das práticas, promoveu a intervenção a partir da *encomenda e da demanda* feita pelo coordenador do curso de medicina, não seguindo regras ou protocolos metodológicos rígidos, perpassando todos os campos de intervenção e adequando-se aos momentos em que os sujeitos envolvidos com a formação em medicina se dispuseram a refletir junto ao pesquisador.

Este percurso metodológico foi recheado de dificuldades com as muitas demandas e entraves no campo das relações de poder, na UNIFESO e do momento instável da gestão de saúde, no município. Ainda que para o pesquisador, trouxesse dificuldades, pois naquele momento estava no centro do conflito como professor, o cenário foi ideal para a realização de um estudo socioclínico institucional, ao trazer a possibilidade de avaliar minhas próprias implicações e as dos demais envolvidos neste processo, com relação ao ensino da atenção psicossocial.

Destaca-se também como dificuldade à aplicação da intervenção e a participação dos sujeitos no dispositivo, pois se, por um lado, essas intervenções, foram facilitadas pelo acompanhamento do pesquisador nas ações *in loco* na ESF e nas diversas discussões dos casos, por outro lado, dentro da universidade, não foi simples conseguir a participação dos atores no dispositivo. Destaca-se aqui, entre outras a dificuldade de espaço uma vez que o acesso dos sujeitos selecionados aos encontros com o pesquisador dependia do uso das instalações da universidade, onde, em parte do processo, o pesquisador não gozava mais de

acesso livre, necessitando então, de diversas pactuações com os gestores da organização e com os sujeitos selecionados para a realização dos encontros.

Impossível neste momento não realizar a análise da *implicação*. As minhas implicações referidas durante todo estudo, são parte da minha formação como pessoa, pesquisador e cidadão, que foram construídas no bojo de uma vida, como todas, repletas de situações ideológicas, amorosas, familiares sempre em direção aos objetivos que venho traçando enquanto me coloco diante dos processos. O apreço ao portador de transtorno mental permeou todo o estudo, pois foi no intuito de contribuir para um olhar mais humanizado a estes que sofrem de transtorno mental e o entendimento que a formação é peça *sine qua non* do processo de consolidação da atenção psicossocial, que me propus a realizar este estudo. E foram as análises dessas implicações que forneceram os elementos que atravessaram minha prática durante toda a pesquisa, como refere Monceau (2013, p.100) “como todo sujeito, um pesquisador também está envolvido nas instituições. Ele mantém com ela relações que influenciam suas maneiras de conduzir suas pesquisas e o modo de escrita dos resultados destas pesquisas”. Sou constituído pelas vivências e valores compartilhados ao longo da vida e defendo um projeto democrático de sociedade que considera a igualdade de direitos com justiça social.

Em certos momentos do estudo, percebia que todas aquelas instituições da qual fazia parte, me levavam a negar a possibilidade de repensar o contexto de trabalho que estava inserido, isso se converge no conceito de sobreimplicação apontado por Lourau (1990), como a recusa em analisar as implicações a partir de um grande envolvimento com o trabalho. O movimento de proteção ao instituído ocupava de certa maneira lugar prioritário nas ações, minimizando a possibilidade da análise das minhas implicações e influenciando na evolução do estudo.

Deixando claro as dificuldades na realização do estudo e minhas implicações pessoais, acreditamos ser interessante apresentar alguns aspectos que consideramos como alcances dos objetivos. O primeiro objetivo específico foi alcançado a partir da revisão bibliográfica sobre reforma psiquiátrica, saúde mental, atenção psicossocial, e sobre a análise institucional e sobre a intervenção baseada na socioclínica institucional, o que sem dúvida ampliou o conhecimento do pesquisador além de trazer contribuições neste conhecimento para futuros pesquisadores nesta temática. O segundo objetivo onde se fazia necessário aplicar a metodologia da socioclínica institucional para análise das práticas de formação profissional

em saúde foi alcançado com o desenvolvimento da pesquisa em campo, onde procuramos relacionar todo contexto relatado pelo autor com as características da socioclínica institucional, com destaque a algumas partes como a encomenda e demanda, intervenção, a restituição e, sobretudo, a implicação. Toda esta análise foi feita sem esquecer que o que está em pauta, faz parte de um conjunto maior representado pelas políticas públicas de instituições hierarquicamente superiores como a educação e saúde, dentre outras. Estas, mesmo sem estar presente diretamente, através de suas leis, e regras influenciam e por vezes determinam as práticas dos profissionais da saúde e da educação.

O terceiro objetivo onde se pretendeu captar as nuances da institucionalização do ensino da atenção psicossocial na medicina da UNIFESO, puderam ser observadas durante o processo da intervenção o que vamos apresentar a seguir.

Em primeiro lugar destacamos a *análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança*, onde pudemos observar um movimento de inquietação quanto aos desdobramentos que poderiam emergir da pesquisa, evidenciado por tentativas de desqualificação do estudo a partir de obstáculos para a continuidade do mesmo. Como já comentado anteriormente, a presença do pesquisador é considerada um dispositivo capaz de induzir mudanças no contexto a ser pesquisado. Esclarece Monceau (2013), que estas mudanças nem sempre são percebidas pelos atores ou pelo pesquisador, mas à medida que a intervenção avança, reposicionamentos acontecem sucessivamente nas situações e nas dinâmicas institucionais. Daí ser importante, entender esta característica como presente durante todo processo de intervenção e não como uma característica estática. Ainda que não se tenha dados conclusivos a respeito de como a intervenção e a discussão coletiva com os participantes conseguiram trazer mudanças nas práticas da atenção psicossocial na formação dos novos profissionais, percebe-se como nuance o movimento de inquietação dos dirigentes, o que revela que algumas práticas instituintes encontraram brechas nas práticas já instituídas a respeito do processo de ensino da atenção psicossocial naquele espaço.

Um segundo aspecto que pode ser destacado foi a *aplicação da modalidade de restituição*. Esta era sempre realizada para os envolvidos no ensino da atenção psicossocial da medicina do UNIFESO ao longo dos encontros. Foi interessante constatar que a cada restituição fatos novos apareciam ou os mesmos fatos surgiam de forma recorrente com a finalidade de produzir em uma discussão coletiva a análise dos conhecimentos produzidos preliminarmente, partindo do pressuposto de que esses dados não se encerram em si e na

interpretação do pesquisador, mas estão em constante movimento. Para Lourau (1993, p.56) se a população estudada participa dessa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de “pesquisador-coletivo”, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições. As discussões e debates sobre como acontecia na atenção psicossocial no SUS e na formação dos alunos revelou nuances que se somadas a outras pesquisas e em outros espaços podem se constituir em futuros embriões para a mudança do ensino da atenção psicossocial nas faculdades de medicina e em outras faculdades da área da saúde entendendo ser esta prática interdisciplinar.

Um terceiro ponto que nos faz pensar nas nuances da institucionalização, refere-se ao *trabalho dos analisadores*, a partir do trabalho realizado com o grupo de alunos, as entrevistas, a elaboração do diário de campo, a presença implicada do pesquisador, que se constituíram em dispositivos que abriram possibilidades de fazer as instituições educação e saúde falar, ou seja, fez emergir através dos participantes aquilo que permanecia oculto nas instituições em análise no processo de intervenção. Assim, podemos perceber problemas recorrentes relacionados à formação na atenção psicossocial; as dificuldades em articular teoria e prática, conflitos políticos institucionais, questões éticas, e a influência do dinheiro permeando diferentes relações entre os envolvidos neste estudo. Estas discussões e as demandas trazidas pelos estudantes possibilitou que se ampliasse o campo de conhecimento de todos, e que tivessem novas posturas no que concernem as deficiências do ensino de saúde mental e de uma prática voltada para a atenção psicossocial dos indivíduos e das famílias pela equipe do PSF. Esta tomada de consciência pode ser considerada como mais uma nuance de que a institucionalização poderá ser um devir, entendendo-se a realidade como em constante movimento e mutação, onde pequenos fatos isolados podem ter alcances inesperados no futuro.

Finalmente, notamos as nuances da institucionalização quando colocamos em análise a característica a *intenção de produzir conhecimentos*. No caso deste estudo, onde o foco ficou mais centrado no ensino de saúde mental e da psiquiatria e na formação dos alunos de medicina, poderíamos dizer que a intervenção teve como característica produzir um conhecimento mais local, como já abordado anteriormente Mas os relatos das ações no campo de trabalho através das visitas domiciliares afloraram a percepção, de que os participantes do estudo tiveram a oportunidade de vivenciar um novo espaço de cuidado. Destaca-se também que o conhecimento do processo de formação da atenção psicossocial produzido pode ser disparador de mudanças em outros municípios, podendo conferir uma maior abrangência,

avançando para outros espaços, envolvendo e produzindo conhecimentos em outras instituições, revelando a possibilidade de uma futura reformulação do ensino da atenção psicossocial na área da saúde.

Finalizamos estas considerações finais, entendendo que todo referencial teórico foi fundamental para a produção e construção do conhecimento sobre o contexto dinâmico das transformações sociais que vivemos na saúde e na educação. Revelou também o poder transformador dos movimentos institucionalistas em espaços onde as práticas instituídas e cristalizadas podem ser rompidas com o surgimento de novas práticas instituintes, abrindo espaço para novos processos de intervenção nas várias instituições que coabitam na nossa vida.

Confesso que como pesquisador tinha a utopia de que com a aplicação das diferentes operações e ou características da socioclínica, conseguisse realizar uma análise coletiva que produzisse efeitos de transformação e/ou de conhecimento das instituições presentes na vida de todos os envolvidos. Não consegui exatamente o que gostaria, mas saio deste estudo com a percepção de que a análise institucional se constituiu em um excelente referencial teórico metodológico para a compreensão da realidade social, e a certeza de que sempre existirão possibilidades para aqueles que acreditam no ideário e nas proposições do nosso Sistema Único de Saúde.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque VS, Campos JCL. Saúde Mental no currículo integrado do Curso de Enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental OnLine* [periódico na internet]. 2010 jul [acesso em 2013 Jun 01]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1226>

Albuquerque, V. S., Tanji, S., Gomes, A. P., & Siqueira-Batista, R. (2008). Pressupostos da construção de um novo currículo para o curso de Enfermagem. *Journal of Nursing UFPE on line* [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007], 2(4), 462-473.

ABRAHÃO, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In: L'ABBATE S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L.M. (Orgs). *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo- Hucitec, 2013, p.315-332.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Ride de Janeiro, 1994.

AMARANTE, P. (Coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. *Saúde mental, políticas e instituições; programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiotec / Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. *Saúde mental e a atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

ARDOINO, J.; LOURAU, R. *As pedagogias institucionais*. São Carlos: Rima, 2003

BARBIER R. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

BAREMBLITT G.F. E MELO, C.R. Glossário. In: Barembritt GF. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes:*

teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte, MG, Instituto Félix Guattari, 2002.

BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição Negada - Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Universitária

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. "Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior." *Londrina: UEL* (1998).

BRASIL. Ministério da Educação. **PORTARIA NORMATIVA No- 17, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2009** Disponível em <http://www.capes.gov.br/avaliacao> acesso em 16.06.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> acesso em 16.06.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição: parecer CNE/CES 1.133 de outubro de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, p.77, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CASTORIADIS, C. "A instituição imagimária da sociedade." (1991).

CARMO, R.M.C.V. A Instituição preceptoria no setor de infectologia do hospital Universitário Antônio Pedro: dinâmica de interação ensino-serviço. **Dissertação (Mestrado Profissional)**. Universidade Federal Fluminense. Niteroi, Rio de Janeiro, 2013.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DEWEY, J. **Democracia e educação: introdução à filosofia da educação**. Trad. de Godofredo Rangel e Anísio Teixeira. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1979.

DO CENTRO, Projeto Político-Pedagógico Institucional. Universitário Serra dos Órgãos. **Teresópolis: UNIFESO, 2006.**

FOCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

FOCAULT, M. Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões. (Trad.) Ligia M. Ponde Vassalo. 27ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia.** 31.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

Guattari, Félix. "As novas alianças: movimentos sociais e movimentos alternativos." *Revista Ensaio* (1981).

Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal Revista de Psicologia*, v. 20 – n. 1, p. 19-26, Jan./Jun. 2008

Monceau G. (dir.), *L'analyse institutionnelle des pratiques Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*, Paris, L'Harmattan, 2012

Gaskell, G. (2002). **Entrevistas individuais e grupais.** In: M. W. Bauer & G. Gaskell, G. (Org.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (p. 64-73). (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis: Vozes (Original publicado em 2000).

GOULART, M.S. B. De profissionais a militantes - a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70. Belo Horizonte: UFMG. 2004.

GUATTARI, F. A transversalidade e A transferência In: GUATTARI, Felix. *Revolução Molecular: Pulsões políticas do desejo.* 3ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1987, p. 88-113 (1ª ed. 1981).

GUILLIER, D. L'analyse des implications dans les pratiques socianalytiques: celles de l'analyste ou/et celles de son client? *L'homme et la Société*, nº 147-148, 2003/1-2: 35-53.

HESS, R. & SAVOYE, A. **L'analyse institutionnelle.** Éditeurs PUF, Paris, 1993, 125pp.

JESUS, A.F. A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: LÁBBATE S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L.M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil.** São Paulo- Hucitec, 2013, p.510-531.

JESUS, A.F. **Saúde Mental no Contexto da Realidade Brasileira: as peripécias de uma equipe multiprofissional.** Curitiba: Appris, 2013.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 Aug. 2014.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, HCB & ALTOÉ, S. **Saúde Loucura & Análise Institucional**, Número 8: Análise Institucional. São Paulo, Hucitec, 2004:79-99.

L'ABBATE, S. - Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**. Vol 8, nº1 p. 194-219 (2012). Disponível em: http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf_232.

L'ABBATE, S.. Análise Institucional ontem e hoje: contexto, personagens, construção do campo teórico/prático. **Anotações de aulas. Campinas, Departamento de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp**, 2013. [Texto disponibilizado aos alunos]

L'ABBATE, S. Aplicações do instrumental da análise institucional a diferentes objetos da saúde coletiva: bases teórico metodológicas. Texto de apoio as aulas. **Campinas, Departamento de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp**, 2014. [Texto disponibilizado aos alunos]

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate S.; Mourão, L.C., Pezzato, L.M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo- Hucitec, 2013, p.31-88.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.
Lapassade G 1979. **El analizador y el analista**. Editora Gedisa, Barcelona, 246p

LOURAU, R.; LAPASSADE, George. **Chaves da sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. 203 p.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Em: Rodrigues, H.B.C. (org) René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. Objeto e Método da Análise Institucional: um novo espírito científico In: ALTOÉ, S. René Lourau, analista institucional em tempo integral. São Paulo, Hucitec, 2004: 199-211.

LUZIO, C. A. **A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

LUZIO C. A., L'ABBATE S. A. reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface(Botucatu)* 2006.

LUZIO, C. A. Atenção psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica, in L'Abbate, S. ; Mourão, L. C. ; Pezzato, L. M. . **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 471-509

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MONCEAU, G.. Pratiques socioanalytiques et socio-clinique institutionnelle. *L'Homme et La Société*, nº 147-148, 2003/1-2 :11-33.

MONCEAU, G. A sócioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: LÁBBATE S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L.M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo- Hucitec, 2013, p.91-103.

MONCEAU, G. (org) .**L'analyse institutionnelle des pratiques. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. coll "Savoir et formation". Paris :l'Harmattan, 2012.

MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOURÃO, L. **O professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares**. 2006.265 f.Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.2006

MOURAO, Lucia C. et al. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada.**Educ. Soc.** [online]. 2007, vol.28, n.98, pp. 181-210. ISSN 0101-7330. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302007000100010>, acesso em:09/08/2014.

MOURÃO, L. C. ; ABRAHÃO, A. L. ; SPAGNOL, C. A. ; MALAMAN, L. B. . Analyser l implication des professionnels en santé collective en accompagnant les équipes. Comment la découverte des implications transforme la pratique collective?. In: Gilles Monceau. (Org.). **L'analyse Institutionnelle des pratiques : Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. 1ed.Paris: L' Harmattan, 2012, v. 1, p. 56-68.

MOURÃO, L. C e LUZIO, C. A, A vivência no cotidiano dos serviços de saúde como dispositivo para a formação de alunos dos cursos de medicina e psicologia. A experiência nos campos da saúde coletiva e da saúde menta, in: L´Abbate, S. ;Mourão, L. C. ; Pezzato, L. M. . **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p 354-385.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n. 44, Mar. 2013 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100017&lng=en&nrm=iso>. accesson 17 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100017>.

OPAS/OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2001.

Passos, Izabel C. Friche. "Reforma psiquiátrica as experiências francesas e italianas." *Loucura e civilização*. Fiocruz, 2009.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes da aprendizagem baseada em problemas, In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. São Paulo: Hucitec/ESP-CE, 2001.

PEZZATO; M. L., PRADO, G. do Val T.. Pesquisa Ação e Pesquisa- Intervenção: aproximações, distanciamentos, conjugações. In: LÁBBATE, Solange (Org) **Análise Institucional & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.149-179.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRIGUES, H.B.C. **As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993, 948pp.

ROUDINESCO, E PLON, M; *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: *Desinstitucionalização* (NICÁCIO, F Org). São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli: Coordenador dos Serviços de Saúde Mental de Triste. In: DELGADO (Org) e Tradução. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo. 1991.

Saippa-Oliveira G. *Saberes e esquemas de ação docente em saúde coletiva*. Rio de Janeiro, RJ; 2010. Doutorado [Tese] — Escola Nacional de Saúde Pública — ENSP.

SEVERO, A.K.S.: DIMESNTEIN, M. Ambulatório de Saúde Mental como analisador da política da atenção psicossocial. In: LÁBBATE S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L.M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo- Hucitec, 2013, p.534-559.

SPAGNOL, C.A. A construção de um dispositivo socioanalítico para abordar situações de conflito em equipes de enfermagem. In: LÁBBATE S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L.M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo- Hucitec, 2013, p.333-353.

SUPERIOR, CÂMARA DE EDUCAÇÃO. "Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001." *Que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acessado em 20/10/2014.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2006, vol.15, n.2.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB, n.6(17)**, 2000, p.79-91.

VERZTMAN, J.S. Pensando nos problemas da vida: o discurso sobre tristeza e depressão de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro. **Dissertação (Mestrado)** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1992.

ANEXOS

ANEXO I

Transcrição da entrevista coletiva realizada com alunos do 4º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UNIFESO

Pesquisador:

Meu nome é Wagner de Oliveira, trabalhei como docente nessa universidade por algum tempo, tenho uma inserção voltada à questão da saúde mental, e estou escrevendo uma dissertação em relação a institucionalização do ensino da atenção psicossocial na ESF no curso de medicina aqui da UNIFESO.

Queria pedir a colaboração de vocês para conversarmos sobre o ensino da atenção psicossocial no curso. Essa pesquisa segue a linha da Análise Institucional Francesa de Lourau e Lapassade que tem, no seu percurso, a valorização/inclusão de todos os atores envolvidos, nesse caso com o ensino da atenção psicossocial que intervêm na forma de lidar com a loucura, na estratégia de saúde da família, na comunidade.

Essa pesquisa tem na sua coleta de dados algumas premissas, uma delas é ouvir de vocês abertamente, como vocês pensam a relação nesse novo modo de lidar com a saúde mental, dessa inserção no campo de prática da ESF, na interação com os preceptores, com o serviço oferecido pela unidade, a organização do sistema de saúde no município, a qualidade do que é oferecido à comunidade, o real ganho desse paciente com a inserção. Como toda pesquisa, ela exige alguns termos legais, essa pesquisa teve sua aprovação em todos os órgãos responsáveis pela liberação no Portal Brasil, no comitê de ética interno. Foi liberada pela diretora do centro de saúde, pelo coordenador do curso de medicina que cederam gentilmente esse espaço para que a gente possa, lógico que com o aceite de todos, conversar um pouco sobre o ensino da atenção psicossocial e sua relação com serviço e comunidade na ESF....Queria saber se alguém não deseja participar da pesquisa...ninguém se manifestou... obrigado... Então nesse primeiro momento queria que falassem abertamente acerca de tudo....Quero ressaltar que todas as informações são confidenciais, será respeitado todos os direitos legais, da resolução e tudo que precede a pesquisa com seres humanos, em nenhum momento será revelada a identidade de vocês. No entanto, a fala de vocês é muito importante.... Então... vocês vivenciaram, recentemente, todas essas questões, assisti a apresentação de vocês ao final e li os trabalhos escritos... Então, pessoal, alguém quer iniciar as considerações em torno do ensino da atenção psicossocial.

Aluno 1

Olha Wagner é complicado, foi nosso primeiro contato com o paciente... não sei se a teoria que nos foi passada junto com a prática foi suficiente, acho que se tivermos outro contato com o paciente psiquiátrico se a gente ver em outro momento eu vou saber se foi suficiente ou não,

esse foi o primeiro contato que tive com o paciente. (Insegurança sobre o aporte teórico-prático oferecido. Incapacidade de avaliação do conhecimento adquirido)

Pesquisador

Vocês tiveram contato com a questão da reforma psiquiátrica, da inversão do processo de trabalho, da diminuição das internações, dos manicômios, de trazer o paciente pro seu contexto familiar e social.

Aluno 2

Então, passamos agora no IETC um período conhecendo o paciente na comunidade e acompanhado ele no tratamento, depois nos vamos pro HCT (hospital da faculdade) e lá a gente vai ver melhor isso, porque não teve muita melhora do paciente. O médico do PSF só deve identificar e encaminhar para o especialista. Acho que o medico do PSF só deve saber reconhecer a doença do paciente o resto é com o especialista. (Visão do especialista, não percepção do trabalho articulado PSF/Especialista)

Pesquisador

A formação dos profissionais da ponta não possibilita esse atendimento lá...

Aluno 2

A formação, acho que sim... a formação do médico no Brasil é muito boa o que é ruim é o SUS. (Avaliação negativa do SUS)

Aluno 3

Meu grupo fez o atendimento lá no posto... fizemos ao final, as possíveis propostas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes... mas a gente nunca vai saber se foi feito, se foi solucionado o problema dele, se conseguiram encaminhar ele para a psiquiatria, para um psiquiatra...isso não é dever só da faculdade é também do sistema de saúde (Impossibilidade de acompanhamento das ações implementadas)

Aluno 4

Tivemos a teoria aqui na faculdade, acho que ficamos meio que...sei lá... desamparados, porque a gente não conseguiu fazer lá o que aprendemos aqui, entendeu, tudo foi muito básico para poder fazer La, entendeu. A paciente não conseguia sair de casa ai não deu pra fazer muita coisa (Impossibilidade de colocar em prática os ensinamentos teóricos)

Aluno 3

Nesse caso que a colega falou, eu acho que pra ter maior amparo tinha que ter a presença do especialista, sabe. Se tivesse, por exemplo, um profissional que tivéssemos mais contato com ele, que ele passasse pelo menos um mês em cada posto para dar esse amparo à gente. (Necessidade do especialista na interconsulta)

Aluno 5

Por exemplo, a médica lá do meu posto ela é GO, então ela não tem conhecimento daquela área ali, de psiquiatria ela só tem uma noção, então se tivesse um apoio do especialista, do psiquiatra. (Necessidade do especialista na interconsulta)

Aluno 6

Mas acho isso perigoso, iria contra a faculdade a questão do especialista. (Necessidade do especialista na interconsulta)

Aluno 5

Mas resolveria o caso do paciente. (Necessidade do especialista na interconsulta)

Aluno 6

Sim. Mas acho que isso é mais pro ambulatório não na UBSF, quando tivermos no ambulatório. (Necessidade do especialista)

Aluno 7

Acho que a gente tem que diferenciar o paciente que não tá normal, vamos falar assim, ele é um paciente psiquiátrico, aí você faz o encaminhamento do paciente, e a faculdade tá pra isso. (Necessidade do especialista)

Aluno 8

Até porque são só seis meses só de curso de psiquiatria que a gente tem e esses seis meses fracionados porque a gente tem infecto junto com esse período. Então pra gente ter segurança de estar na comunidade sozinhos é muito pouco tempo, pra isso. (Disponibilidade de tempo para apreensão do aporte teórico-prático)

Aluno 09

Acho que a gente tá mais pra identificar o paciente, não dá pra gente tratar o paciente... mas pra identificar mais ou menos o básico a gente consegue. (Objetivos e limites do ensino teórico-prático)

Pesquisador

Esse paciente é pra ser atendido na ESF? (Público-alvo da atenção psicossocial na ESF)

Aluno 10

Não.

Pesquisador

Não... por que você acha que não?

Aluno 10

Porque na doença não, só acho que dá pra atender quando ele tá bem. (Objetivos e limites da ESF)

Aluno 2

Acho que é pouco o que se pode fazer na doença lá no posto, não dá pra fazer muito. (Objetivos e limites da ESF)

Tempo: silencio dos alunos por aproximadamente um minuto.

Pesquisador

Me parece um consenso o que foi dito até agora em relação às possibilidades de atendimento na comunidade... **15 segundos...** As instituições, diretrizes o SUS e tudo que rege o ensino médico no Brasil em relação à atenção à saúde mental apontam para que essa relação do médico com o serviço e a comunidade seja potencializada, foram criados dispositivos para sustentar esse atendimento, como CAPs, NAPs, Residência terapêutica. E a universidade tem como um dos objetivos prepará-los para atender esse paciente na ESF... Estamos então saindo da formação com as competências necessárias para atender na lógica dos SUS e da atenção psicossocial? (Objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS)

Aluno 12

Atender o paciente na comunidade inclui o CAPs? (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Pesquisador

Com certeza, mas o CAPs como dispositivo.

Aluno 12

O médico do PSF iria identificar e encaminhar pra esse serviço... se for assim, eu acho que dá. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 09

Foi o que eu falei. O médico da unidade tem a condição de falar... esse paciente tem um problema psiquiátrico, mas ele não consegue tratar. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 13

Mas a condição da UBSF não é tratar ela é a porta de entrada do serviço de saúde. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 14

Mas não é diagnóstico... é reconhecer o paciente psiquiátrico e saber referenciar, pelo menos reconhecer que ele é um paciente psiquiátrico. (Objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS)

Aluno 09

È muito querer que a ESF de conta. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 14

Mas a ESF não é só UBSF (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 09

Sim, mas é a principal no caso de Teresópolis... Teresópolis só tem um CAPS. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Aluno 15

Mas a lei de Saúde Mental é nova... é de 2001. (Tempo de implementação das políticas sociais)

Tempo: silencio de uns 20 segundos

Pesquisador:

E a formação?

Aluno 14

Com relação à formação eu acho que da conta de atender o paciente... acho que sim...mas acho que para isso funcionar depende muito mais de subsidio pra acompanhamento do especialista do que com relação a formação....acho que a formação do medico no Brasil é muito boa (Objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS)

Pesquisador

Então, mas a formação do estudante de medicina é uma formação generalista. Não num conceito de especialidade... mas numa visão geral do processo de saúde (Objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS)

Aluno 08

O Wagner, acho que a gente tem uma noção geral de tudo, mas acho que falta tempo para gente aprofundar em cada coisa dessa... por exemplo... se a gente tem esquizofrenia no curso... a gente consegue da uma olhada em esquizofrenia em algum outro cenário, como foi no Henrique Rocho em Niterói, mas a gente não consegue muitas vezes achar um caso de esquizofrenia na comunidade, alguns acharam, a gente consegue ver em um setor, mais não em tudo eu acho que isso é tempo de curso e o tempo da área de psiquiatria no curso. (Objetivos e limites do ensino teórico-prático)

Tempo: silencio de uns 15 segundos

Pesquisador

Se desconsiderarmos nesse momento todos os fatores intervenientes, o sucateamento do SUS. Os profissionais de medicina na ESF conseguem realizar um atendimento que atenda as demandas desse paciente. (Objetivos da formação da atenção psicossocial no SUS)

Aluno 16

Acho que é impossível responder essa questão sem colocar os problemas do SUS... quando você esta na faculdade você é treinado para pedir exames, a ter uma consulta de qualidade de 20 minutos 25 minutos, só que você chegar num PSF tendo 60 pacientes na fila você mesmo sendo um medico de qualidade você não pode oferecer uma consulta de qualidade...acho que a formação em si é boa...sei que tem muito medico ruim...não to falando que todos são bons....mas acho q o sistema e o maior contribuinte para a falha dele . (Objetivos e limites da ESF)

Aluno 17

Pelo que a gente viveu no Rio em Guapimirim e até mesmo em Teresópolis que a gente teve contato da UBSF... tem... eles oferecem a medicação necessário, os exames necessários e o acompanhamento psicossocial dele... a inclusão dele na sociedade não acontece. (Compreensão da rede de atenção à saúde mental)

Pesquisador

Numa última análise, considerando a vivencia de vocês com esse modelo de atenção psicossocial vocês se sentem estimulados a trabalhar com psiquiatria. (Escolha profissional)

A esmagadora maioria em baixo tom referira que não.

Aluna 17

Sim, não tem muito um porque, eu tenho afinidade com a área. (Escolha profissional)

Pesquisador

Alguém daria um motivo porque não

Aluno 10

Pra mim é uma coisa bem subjetiva. No meu ambulatório na G.O peguei uma paciente no consultório, identifiquei o problema, fiz a medicação, resolvi o problema...pedi os exames..dei conta do problema....mas com o paciente psiquiátrico, tipo, não tem um exame de sangue que vai lhe dar um hematócrito alterado e você falar assim... porque tá alterado ele tem isso... e é o que acontece em muitos casos... tem psiquiatra que toma o diagnóstico do paciente, ele vai em outra consulta com outro psiquiatra e o outro psiquiatra da outro diagnostico, entendeu, isso não é uma coisa incomum. . (Escolha profissional)

Pesquisador

Foi muito proveitoso esse encontro, as discussões realizadas aqui são o retrato da implicação de vocês com o processo e revelam muitos analisadores, mas nosso tempo acabou. Quero agradecer a todos pela disponibilidade de falar abertamente sobre essas questões. Obrigado!

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Dados de identificação**

Título do Projeto: A Institucionalização do Ensino da Atenção Psicossocial na Formação do Profissional de Medicina

Pesquisador Responsável: Wagner de Oliveira Rodrigues

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Rua Dr. Celestino, 94. Centro, Niterói/RJ.

CAAE:

CEP/UFF- Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Marquês do Paraná, 303. Niterói/ Rio de Janeiro - RJ / CEP: 24030-210. Tel. (21) 2629-9189.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “A Institucionalização do Ensino da Atenção Psicossocial na Estratégia de Saúde da Família: Impactos na Formação do Profissional de Medicina”, de responsabilidade do pesquisador Wagner de Oliveira Rodrigues, Mestrando do Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

O objetivo desta pesquisa será analisar a institucionalização do processo de ensino da atenção psicossocial realizado nos cenários de prática da Estratégia de Saúde da Família, na formação do profissional de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos. Parte-se do pressuposto de que a adequada formação médica na atenção psicossocial deva ser realizada em um contexto de interação entre a academia e os serviços de saúde, de maneira que professores, preceptores e alunos possam construir o conhecimento em ato e proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários do SUS.

Como caminho de pesquisa, escolhemos o estudo socioclínico institucional. Os dados coletados serão analisados à luz do referencial da análise institucional francesa lourau-

lapassadeana, sobretudo a partir dos conceitos de instituído, instituinte e institucionalização; implicação e analisador. Os encontros serão gravados para posterior transcrição.

É importante esclarecer que esta pesquisa não oferecerá riscos de qualquer natureza aos seus participantes. Nenhum dos participantes convidados tem a obrigatoriedade de participação, podendo inclusive este consentimento ser retirado a qualquer tempo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os benefícios esperados com esse estudo é o aprofundamento das reflexões acerca da formação profissional do médico, especificamente, no tocante à sua qualificação para o exercício da atenção psicossocial em consonância com os princípios das políticas de saúde e de saúde mental. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e o anonimato sobre sua participação.

Diante de qualquer dúvida relacionada aos procedimentos, riscos ou continuidade da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Pesquisador Responsável pelo telefone: (21) 991476112.

Eu _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Teresópolis, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Testemunha

Testemunha