


## Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional\*


Larissa de Almeida Rézio<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0750-8379>

Cinira Magali Fortuna<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Flávio Adriano Borges<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5941-4855>

**Objetivo:** analisar um processo de Educação Permanente em Saúde sobre saúde mental com equipes de Saúde da Família. **Método:** pesquisa-intervenção realizada com 20 trabalhadores de duas equipes das Estratégias de Saúde da Família. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e 12 encontros de reflexão com cada equipe. Utilizaram-se os princípios da Socioclínica Institucional para guiar os encontros e a análise dos dados. **Resultados:** foram identificadas sete pistas balizadoras para o processo de Educação Permanente em Saúde: efeitos produzidos a partir das escolhas de inclusão da gestão no planejamento dos encontros, revelando modos instituídos de trabalho; atenção ao não controle nos movimentos de formação; utilização da restituição nos encontros, diminuindo o enrijecimento e tensões; atenção às instituições que nos atravessam; análise de implicação da facilitadora da formação, redirecionando comportamentos e atitudes; problematização acerca do objeto, instrumento e finalidade, que favoreceram a reflexão acerca do cuidado em saúde mental e aprender a facilitar e vivenciar a Educação Permanente em Saúde no ato de fazer. **Conclusão:** a Socioclínica auxiliou a vivência de facilitar a formação em serviço, apontando pistas para a construção coletiva de conhecimento contextualizado, reflexivo e problematizador.

**Descritores:** Educação Permanente; Formação Profissional; Saúde Pública; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "A educação permanente em saúde para formação em saúde mental na atenção básica, guiada pelos princípios da socioclínica institucional", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.








<sup>1</sup> Universidade Federal do Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional Socio-clinic. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3204. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3217.3204>.   

URL

## Introdução

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, que institui a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento do trabalho, considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde<sup>(1)</sup>.

Entende-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta de aprendizado relevante por contemplar o trabalhador enquanto protagonista do processo de formação. Esta última – também voltada para os problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano da produção do cuidado, da gestão e da participação e controle social – possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações do cotidiano dos serviços de saúde, descentralizando e disseminando a capacidade pedagógica entre gestores e trabalhadores, operando na micropolítica do processo de trabalho. Dessa forma, oportuniza-se a formação profissional ao mesmo tempo em que as transformações das práticas de saúde são produzidas<sup>(2-4)</sup>.

A EPS é uma das estratégias que podem favorecer a ampliação do cuidado em saúde mental no que tange aos serviços de saúde e à rede de cuidados, além de colocar em evidência diversas possibilidades de ferramentas de trabalho a serem utilizadas no contexto psicossocial, uma vez que novas políticas e diretrizes orientam o cuidado em rede e, portanto, envolvem trabalhadores de diversos serviços e, necessariamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando a construção de autonomia e reinserção social dos sujeitos<sup>(5-6)</sup>.

Apesar desse indicativo de cuidado em rede, estudos apontam que as equipes das ESF referem dificuldades no atendimento a pessoas em sofrimento mental, referindo fragilidade para este cuidado específico e a necessidade de formação para tal<sup>(7-11)</sup>.

Além disso, é relevante que o cuidado em saúde mental também seja compreendido no âmbito da saúde em geral, em que o trabalhador reconheça que a demanda de saúde mental pode estar presente em diversas queixas relatadas pelos usuários que chegam até a ESF. Assim, pensar na EPS enquanto estratégia capaz de gerar processos reflexivos e que abranjam o cuidado em saúde mental pode resultar em cuidado integral à pessoa e à família.

Diante desse contexto, há uma nova demanda para a formação de trabalhadores no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho<sup>(12)</sup>. Para que haja a ampliação da compreensão e olhar para a saúde mental enquanto

cuidado integrado à prática e que leva em consideração a integralidade do sujeito, é necessário que a formação seja pautada na reflexão do processo de trabalho e que seja uma construção coletiva, não impositiva e que abranja a atenção psicossocial enquanto pauta.

Embora haja essa necessidade de formação, a maioria dos estudos internacionais aponta para uma lógica formativa ainda voltada para os treinamentos e capacitações tradicionais, com mensurações de seus impactos no cotidiano do trabalho<sup>(13-17)</sup>.

Outro ponto relevante refere-se ao fato de que as capacitações voltadas para a saúde mental, muitas vezes, são pautadas no modelo biomédico/psiquiátrico, enfatizando o diagnóstico dos transtornos mentais e tratamentos medicamentosos, além de acontecer de modo descontextualizado do cotidiano do trabalho em saúde<sup>(18)</sup>.

O Brasil tem se destacado no quesito das formações que se dão a partir do contexto do trabalho em saúde, dialogando com este, em uma perspectiva permanente, buscando propiciar reflexão, problematizações, desnaturalização de conceitos e práticas hegemônicas em saúde mental, além de discussões sobre as diferentes perspectivas a respeito do sofrimento psíquico e da atenção psicossocial, incorporação da discussão de intervenções presentes no cotidiano da prática como o acolhimento e a escuta qualificada, ampliando os modos de cuidar da saúde da população<sup>(19-20)</sup>.

Diante desse contexto, entende-se que as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a mudança da prática e a incorporação de novos conceitos, pela descontextualização e por basearem-se apenas na transmissão de conhecimentos em uma perspectiva unidirecional<sup>(3)</sup>.

Assim como a EPS, um dos eixos estruturantes da Socioclínica Institucional também é o trabalho. Para esta, a prática profissional inclui maneiras de se relacionar com o coletivo de trabalho, de pensar essas relações e de atribuir valores, sendo constituída por um conjunto de atualizações das relações que os sujeitos estabelecem com a instituição profissional, ou seja, suas implicações profissionais<sup>(21)</sup>.

A instituição, por sua vez, seriam as normas e regras estabelecidas e construídas socialmente como, por exemplo, a família, a educação, a saúde, o trabalho, entre outros<sup>(22)</sup>. Nesse sentido, o sujeito individual e/ou coletivo pode problematizar seu cotidiano de trabalho, reconhecendo-se implicado com os aspectos e instituições os quais ele questiona.

Acredita-se, assim, que a Socioclínica Institucional pode atuar na perspectiva de gerar processos de EPS. Ela não consiste em uma modalidade técnica ou protocolo de prática e análise, mas em um meio para se

questionarem o objeto e intenções de análise, buscando entender as dinâmicas sociais<sup>(21)</sup>.

Seus princípios consistem em características a serem observadas no balizamento das intervenções institucionais. Eles são: participação dos sujeitos no dispositivo; análise da encomenda e das demandas; trabalho dos analisadores; aplicação de modalidades de restituição; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; intenção da produção de conhecimentos; atenção aos contextos e às interferências institucionais e a análise das implicações<sup>(21)</sup>.

Os dispositivos são elementos como a escrita, o discurso, vídeos, dentre outros, criados para/em situações de intervenção, que podem desestabilizar os modos instituídos de funcionamento das instituições, podendo também se tornar um analisador caso consigam colocar alguma situação em análise, revelando a estrutura da instituição, provocando-a e forçando-a à fala<sup>(21,23-24)</sup>.

A encomenda refere-se a um pedido oficial de soluções imaginárias ou ações para restaurar a *ordem* e propicia o início da intervenção. Envolve não só quem *pede* a intervenção, mas também o que é pedido<sup>(23)</sup>. A demanda são aspectos conscientes, manifestos, deliberados e também aspectos inconscientes e não ditos, podendo estar afinada com a encomenda ou não. Assim, a encomenda também possui demandas individuais<sup>(23,25)</sup>.

Durante o processo analítico, ocorrem transformações que, para a Socioclínica, merecem destaque e atenção. Do mesmo modo, ocorrem interferências institucionais, processos de cruzamento e de ruídos produzidos quando lógicas institucionais entram em contradição.

Para que todo esse processo aconteça, é necessário que haja análise das implicações do pesquisador e dos demais participantes no desenvolvimento da pesquisa socioclínica. Analisar as implicações é colocar em análise as relações que os sujeitos estabelecem com as instituições que os perpassam<sup>(26)</sup>.

Utilizar os princípios da Socioclínica Institucional para balizar a EPS em saúde mental na ESF pode ser um potencializador de processos de aprendizagem e provocar os trabalhadores a pensar e refletir sobre os seus respectivos processos de trabalho.

Portanto, buscando responder ao problema de pesquisa de como a Socioclínica pode potencializar o desenvolvimento da EPS em saúde mental na ESF, este estudo tem por objetivo analisar um processo de EPS em saúde mental com equipes da ESF, guiado pelos princípios da Socioclínica Institucional, apontando pistas para desenvolvê-lo, visando a um processo de construção do conhecimento crítico, reflexivo, contextualizado e problematizador.

## Método

Pesquisa-intervenção pautada no referencial teórico da Análise Institucional – Socioclínica e realizada de março de 2016 a fevereiro de 2017. A pesquisa-intervenção tem o caráter político de busca das transformações a partir da interrogação dos diversos sentidos cristalizados nas instituições, ampliando as bases teóricas e metodológicas, além de possibilitar as produções de conhecimento e de novas práticas em um mesmo momento. Dessa forma, o pesquisador é sujeito e objeto de conhecimento<sup>(27)</sup>.

Os dados apresentados compuseram parte de uma tese de doutorado cujo campo de intervenção foi composto por duas ESF de um município de grande porte do Estado do Mato Grosso.

Todos os trabalhadores das ESF participantes, interessados no processo de EPS/saúde mental, foram convidados a participar da pesquisa-intervenção, totalizando 20 sujeitos: onze trabalhadores da equipe I e nove trabalhadores da equipe II, sendo onze agentes comunitários de saúde (ACS); duas médicas; duas enfermeiras; duas técnicas de Enfermagem; duas recepcionistas e uma digitadora. Esse número oscilou durante os encontros de formação de maneira que cada grupo teve, em média, de cinco a sete pessoas participando.

Utilizou-se, como instrumento, a entrevista semiestruturada com todos os trabalhadores, buscando informações acerca do cotidiano de trabalho, das práticas de saúde mental na ESF e vivências em EPS. A partir das respostas, da análise e da restituição em grupo, foram elencados temas para direcionar os encontros de formação em saúde mental. As temáticas trabalhadas foram: propostas de organização a partir da PNEPS; a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental em rede; acolhimento e abordagens ao usuário em sofrimento mental e em uso de substância psicoativa; trabalho em equipe; projeto terapêutico singular; utilização de ferramentas/escalas/instrumentos para o cuidado em saúde mental e estratégias de cuidado em saúde mental na ESF. Esses encontros de formação também se configuraram como espaço de produção de dados.

A EPS foi guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional com os trabalhadores que aceitaram participar, totalizando 12 encontros, com média de duas horas de duração. Os encontros foram gravados e transcritos para a análise, protegendo a identidade dos participantes.

Utilizou-se, também, o diário de campo do pesquisador sobre o *fazer* da pesquisa-intervenção. Nesse diário, existiam relatos dos movimentos grupais, resistências, avanços, conteúdos discutidos, ou seja,

a narrativa do contexto histórico-social refletido na atividade da pesquisa<sup>(28)</sup>.

Como se trata de uma pesquisa-intervenção, os resultados foram discutidos com os participantes à medida que foram produzidos. Para a organização do material empírico, realizou-se o trabalho de transcrição, seguido pela transposição, por meio de uma leitura mais atenta e reflexiva, considerando as falas e os atos/gestos nos diferentes encontros e os restituindo às equipes. Finalmente, realizou-se o trabalho da reconstituição, oportunidade em que houve a construção de uma narrativa argumentada em torno da análise das categorias<sup>(29)</sup>.

Na etapa de reconstituição, buscaram-se identificar pistas para a vivência de uma formação em saúde mental por meio da EPS, ou seja: ao analisar o material transcrito, guiado pelos princípios da Socioclínica, procuraram-se separar falas, atitudes, comportamentos, ações e posturas que pudessem ser pistas ou pontos de atenção a qualquer experiência de EPS e, por conseguinte, ser analisadas e discutidas com os profissionais de saúde que compuseram esta pesquisa-intervenção.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer de nº CAAE 53029016.2.0000.5393. Buscou-se garantir o anonimato dos participantes e preservar a confidencialidade das informações. As falas foram identificadas pela letra T, referindo a trabalhador, seguida da numeração arábica escolhida aleatoriamente, e os registros do diário do pesquisador foram apontados com essa nomenclatura, seguidos do mês e ano.

## Resultados

A vivência no processo de EPS para a formação em saúde mental aponta algumas pistas balizadoras guiadas pela Socioclínica Institucional.

A primeira pista é a reflexão e atenção ao processo de fazer, planejar e pensar a EPS, acerca do modo instituído de organização e planejamento das formações e atividades nos serviços, sejam elas atividades da graduação, pós-graduação ou residência, uma vez que o primeiro dispositivo criado foi a inclusão da gestão, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, no processo de escolha das unidades participantes do estudo, sem a inserção ou consulta a essas unidades sobre seus interesses em participar, restringindo a escolha apenas à Secretaria Municipal de Saúde.

Por vezes, essa organização e planejamento tornam-se contraditórios com a proposta apresentada pelo fato de haver participação coletiva nos processos decisórios desde o início do planejamento da intervenção. Incluir somente a gestão nesse processo e criar um território de dúvidas, medos e anseios podem acarretar uma participação no

estudo por obrigação, buscando satisfazer a gestão, até como meio de continuar sendo o serviço exemplar, que atende ao que é proposto ou imposto.

*Os alunos vêm pra cá, começam uma atividade aqui e depois vão embora e a gente fica com a população pra dar resposta (T16); Vieram de longe tirar foto do paciente e a família fica na expectativa [...]; vem outro aluno, vem outro, uma hora enche o saco e não resolve (T20).*

Estes relatos propiciaram um olhar reflexivo para a equipe de saúde, deslocando do lugar já conhecido: o lugar de docente. Muitas vezes, como docente, insere-se em campo de prática, entra-se no espaço e território do usuário/família e equipe de saúde e, depois, por uma reorganização administrativa na distribuição de serviços para universidades, precisa-se de mudar e iniciar a prática em outra unidade, realizando, por vezes, uma prática irresponsável com relação à continuidade do cuidado ao outro e à corresponsabilização nesse processo.

A segunda pista para fazer EPS é perder a ilusão de que existe um *controle* e que isso faz parte do movimento de aprender conceitos, práticas e de pensar coletivamente. Permitir não controlar o processo de aprendizagem também é uma pista importante para a formação baseada na autogestão pelo coletivo.

*E se não der certo? E se a equipe não quiser? E se não aceitarem? E se eles não se identificarem com a proposta? Será que darei conta desse processo?* (Diário do Pesquisador fevereiro/2016).

Nesse sentido, compartilhar os achados com os participantes em uma perspectiva formativa centrada na EPS, utilizando a restituição balizada pelos princípios da Socioclínica, é a terceira pista apresentada. A restituição pode ser uma oportunidade de pausa para olhar o processo percorrido.

A finalidade da restituição não era *repassar* informações, mas partilhar as percepções com a equipe, colocando-as em análise. O exercício foi de aproximação de processos de autogestão e autoanálise.

*Mas como é isso [restituição]? Você vai falar o que tem anotado e o que está pensando?* (T16) *Quando os alunos vêm para cá, eles anotam, conversam, perguntam e depois vão embora; a gente nem fica sabendo de nada* (T20); *Foi muito bom você falar disso com a gente. A gente já percebia, mas não falava* (T19).

A quarta pista seria olhar para além do que a pessoa diz frente às situações de enrijecimento e tensões nos encontros, atentando-se para o que a fala dela carrega, quais "fantasmas", experiências anteriores, ou seja, as instituições que as atravessam.

*Quando iniciamos a avaliação do encontro, comecei a restituir a elas sobre a minha percepção de desinteresse do grupo frente aos atrasos, desmarcações, uso de celulares, dentre outros; naturalmente, foram surgindo falas que*

retomaram a restituição. Então, elas começaram a verbalizar a obrigatoriedade em participar do grupo (Diário do Pesquisador agosto/2016); *Ninguém explicou nada para a gente até você chegar. Ligaram aqui, avisaram que você viria e que era alguma coisa de saúde mental* (T9).

A participação da gestão na indicação das unidades participantes trouxe efeito de resistência frente à não explicação, consulta e discussão em equipe anteriormente à entrada em campo. A referida equipe sempre vivenciou o processo de heterogestão, ou seja, a partir do controle e ação dos outros, em uma relação de poder verticalizada e hierarquizada. Portanto, convém atentar-se para o que a fala pronunciada nos encontros carrega.

A análise de implicação da pesquisadora é a quinta pista em que, por meio desse movimento, foi possível, por vezes, redirecionar atos e comportamentos à medida que as implicações foram sendo identificadas.

A entrada em campo foi iniciada a partir de um raciocínio equivocado e sobreimplicado de que o desejo, as ideologias e implicações da pesquisadora estivessem de acordo com o desejo, ideologias e implicações dos trabalhadores e gestores. Um equívoco que pode acontecer em outras experiências de formação centradas na perspectiva da EPS, podendo ser redirecionada a partir da análise de implicação.

A implicação estrutural-profissional com processo de formação e com a especialidade em saúde mental e a existência de um nível psicoafetivo com a militância em saúde mental resultaram em medo e insegurança relacionados ao fato de ser docente de uma Instituição de Ensino Superior com trabalho em saúde mental.

*Eu acho que tenho exigido muito desta intervenção. Exigido que dê certo como resposta a uma expectativa da vontade de efetivar a Rede de Atenção Psicossocial, de caminhar com a Atenção Psicossocial, de envolver e aproximar os trabalhadores da rede para o cuidado em saúde mental* (Diário do Pesquisador maio/2016).

Como meio de problematizar o cuidado em saúde mental no serviço durante o processo de EPS, foi proposta, ao grupo, uma discussão sobre o processo de trabalho, enquanto uma reflexão do cotidiano de práticas, repensando objeto, instrumento e finalidade do trabalho em saúde mental a partir das contribuições de Mendes-Gonçalves<sup>(30)</sup>, pautando a formação em saúde mental no contexto de trabalho, provocando reflexões e provocações sobre o cotidiano dessas práticas, sendo esta a sexta pista para o desenvolvimento de ações de EPS.

*A gente fazia nosso trabalho e não pensava no objeto, instrumento e finalidade; eu nunca tinha parado para pensar nisso, refletir, há um ano fazendo meu trabalho e eu nem sabia o que eu estava fazendo* (T13); *Eu vou para a visita e, muitas vezes, nem tinha parado para pensar a finalidade. [...]*

*agora, eu fico pensando no caminho para casa do paciente* (T8); *Meu objeto de trabalho era a doença mesmo, a loucura, porque eu via mais o sintoma [...], agora, paro pensar nisso [...] no sujeito* (T3).

E a sétima pista consiste na indicação de aprender a facilitar e vivenciar processos de EPS no ato de fazer, atendendo à própria perspectiva da EPS, ou seja, colocar em ato, tentar fazer, na prática, no cotidiano do trabalho.

*A gente foi indo, fazendo, quando percebeu, já estava fazendo Educação Permanente* (T19).

## Discussão

É um desafio construir e pensar em modos efetivos de formação do trabalhador a partir de seu contexto de trabalho em saúde de forma que os processos decisórios sejam pautados no coletivo, de maneira que trabalhadores e usuários participem ativamente<sup>(31)</sup>. Não reconhecer que a organização do processo de trabalho em saúde é resultado da inclusão e interação de trabalhadores e usuários pode produzir formas burocratizadas de trabalho, com o empobrecimento subjetivo do trabalhador e, conseqüentemente, do cuidado<sup>(32)</sup>. Assim, o trabalhador pode perder o desejo pelo trabalho à medida em que deixa de se reconhecer no produto final do seu processo de trabalho.

A gestão heterogênea pode aumentar a exploração do trabalho, a alienação, a reprodução do instituído e a naturalização do cotidiano e, em resposta a esse contexto, podem surgir propostas autogestionárias como um movimento instituinte<sup>(33)</sup>.

O processo de formação (graduação, pós-graduação, residências e formação em serviço) não é *propriedade* da EPS. Se o facilitador da EPS não se atentar para a construção de conhecimento no coletivo, tomando para si responsabilidade do processo, poderá reproduzir o modo instituído de funcionamento das instituições, impedindo que o inédito aconteça<sup>(2)</sup>, assim como a potência criativa e criadora dos coletivos.

O percurso da EPS acontece a partir do movimento do coletivo, da construção conjunta, da problematização voltados para as necessidades. Portanto, não há um cronograma ou *plano de aula* a ser seguido; há acordos e direcionamentos, pautados nos princípios da PNEPS.

A restituição, enquanto uma oportunidade para aprofundar ou questionar as análises<sup>(21)</sup>, foi outro princípio da Socioclínica utilizado para vivenciar a EPS na formação em serviço em saúde mental, que também pôde favorecer o movimento do coletivo e a noção da *ausência de controle*.

Ao fazer a restituição e compartilhar o processo de EPS em saúde mental, os trabalhadores também



ocuparam um lugar de atores do movimento de aprendizagem, podendo falar de atitudes e interferências institucionais como: repensar e falar sobre a obrigatoriedade em participar e a sua relação com comportamentos de resistência, enrijecimento e tensões nos encontros.

Olhar para além dos comportamentos e falas apresentados, compreendendo, portanto, as instituições que atravessam os profissionais, pôde favorecer a compreensão e resolução de conflitos no processo de formação. Nesse caso, a resistência como *barreira* para o desenvolvimento da EPS não deve ser tomada como um sentido negativo, mas uma oportunidade ou caminho para preservar determinado modo de trabalho/vida frente a uma mudança de rumo, assim como possibilidades de enfrentamento a algumas determinações impostas pela gestão<sup>(34)</sup>.

Os princípios da Socioclínica Institucional favoreceram que a facilitadora de EPS (e pesquisador) conseguisse interpretar esse enrijecimento no grupo como uma possibilidade de crescimento e de envolvimento com a formação em serviço, estimulando processos instituintes de autogestão.

Estar atento a essas interferências institucionais, como o fato de a gestão municipal incluir os serviços de modo impositivo, abriu possibilidade para um encontro mais potente. Do contrário, poderiam ser estabelecidas disputas, desencontros e conflitos<sup>(35-36)</sup>.

Durante a restituição, procurou-se não haver recriminação ou falas carregadas de denúncias impotetizantes, mas foi utilizada enquanto um espaço destinado à enunciação de *coisas*, sendo construtivo e respeitoso<sup>(22)</sup>.

Por meio da restituição, foi possível rever a demanda do grupo, entendendo que ela vai se modificando e não, necessariamente, acontece de modo explícito. O processo de rediscussão das demandas foi algo relevante para a análise de implicação da pesquisadora e facilitadora da EPS, uma vez que, desde o planejamento da pesquisa enquanto militante da Reforma Psiquiátrica e especialista em saúde mental, buscava atender a um objetivo de transformação das práticas do serviço por meio da EPS.

Analisar estas implicações com o objeto de estudo, pautado na Socioclínica, favoreceu novos direcionamentos e atenções para o processo de EPS, apresentando grande contribuição para a facilitadora de EPS no sentido de refletir sobre como o pesquisador se relaciona com seu objeto de estudo e de trabalho e de que forma se dá essa interação – análise de implicação<sup>(25)</sup>. A implicação pode ser dividida, didaticamente, em três dimensões: afetivo-libidinal, relacionada aos afetos, do gostar ou não, da empatia presente ou ausente entre o pesquisador e o objeto de estudo; histórico-existencial são as visões

de mundo que *se carregam* e estrutural-profissional são as questões relacionadas ao trabalho<sup>(37)</sup>. Portanto, foi possível percorrer por processos autoanalíticos de análise da implicação da pesquisadora com sua pesquisa, perpassando pelas dimensões dessa implicação.

Essa compreensão acerca das implicações permitiu que a pesquisadora entendesse que a necessidade de controle ou desestabilização frente ao *não controle*, como apresentada anteriormente, estava relacionada à implicação com o seu trabalho enquanto docente, ou seja, a instituição ensino atravessou a pesquisa. Assim como, movida por sua ideologia e afeto com o cuidado em saúde mental, manteve-se sobreimplicada, agindo a partir de um objetivo de implementação de ações de saúde mental na atenção básica em articulação com os demais serviços da rede de saúde.

A sobreimplicação também vivenciada é resultado de fortes engajamentos ideológicos<sup>(21)</sup> – neste contexto, a militância e especialização em saúde mental. O objetivo não consiste em fazer desaparecer a sobreimplicação, mas percebê-la, torná-la visível e analisável, conseqüentemente, não mais atuando no campo da sobreimplicação, mas da implicação, produzindo um conhecimento novo<sup>(38)</sup>.

Fazer EPS para a formação em saúde mental e ser concomitantemente balizada pelos princípios da Socioclínica favoreceram espaços e oportunidades de rediscutir e rever as necessidades do grupo, revisar a proposta inicial e compreender que a EPS é um campo de diálogo que também deve considerar as interferências institucionais, as diversas implicações e desejos de todos os envolvidos.

Outro ponto consistiu na utilização dos conceitos de objeto, instrumento e finalidade, para rever o processo de trabalho. O processo de trabalho é um meio de construção de subjetividades onde o sujeito estabelece relações e (re)produz sua existência, tendo como elementos o objeto, no qual o trabalho será aplicado, por meio da utilização de instrumentos, que são formas materiais ou não (como o conhecimento, a consulta individual, o medicamento, dentre outros), com o intuito de alcançar uma determinada finalidade<sup>(30)</sup>.

Perceber esses aspectos do processo de trabalho também é uma pista para que se consiga avançar na transformação de práticas profissionais a partir do olhar reflexivo para o cotidiano destas.

Nesse modo de aprender com o coletivo, muitos trabalhadores foram apontando caminhos que ampliavam o olhar para a pessoa em sofrimento mental e/ou em uso de substância psicoativa (SPA), ao mesmo tempo em que refletia sobre o objeto, instrumento e finalidade do seu trabalho. Desse modo, a EPS, guiada pelos

princípios da Socioclínica, pode provocar *desaprenderes*, desterritorializações e reflexões.

O movimento de desterritorialização mobilizado pela EPS também percorre essa percepção acerca do trabalho, das implicações institucionais, isto é, se pretende avançar nas discussões sobre o que se tem produzido de eficaz e de potência no cuidado, e a reflexão sobre a clínica, sobre o processo de trabalho é relevante e pode apontar para caminhos de mudanças não pela imposição do conhecimento ou determinações de práticas, mas pela construção conjunta destas.

Assim, à medida que os encontros ocorriam, a equipe também começava a ter clareza da proposta, já que também iniciava uma participação ativa nas discussões, planejamento e avaliações dos encontros, entendendo que a facilitadora não estava na posição de repassar informações, mas construir significados que transformassem a prática do trabalho em saúde coletivamente, resultando em ações de EPS.

Esses processos fizeram com que a facilitadora/pesquisadora e os trabalhadores enfrentassem cenas difíceis como: o não saber; o não controle; os pré-conceitos; o exercício de um olhar para si e para a própria prática; questionar o porquê de determinadas atitudes cometidas corriqueiramente de modo *mecanizado*, dadas como naturais, gerando certa carga de sofrimento. Nesse movimento, construir a formação a partir do contexto, das fragilidades e potencialidades foi algo potente e transformador.

O cuidado em saúde mental envolve aspectos jurídicos-políticos, formação, valores éticos e políticos nos quais o cuidado é centrado no usuário/família. Ao considerar esses aspectos, não é mais possível pensar o cuidado em saúde mental restrito ao medicamento, centralizado no saber e poder médico e a soluções padronizadas, mas sim pautado na integralidade, no contexto do sujeito, na sua singularidade psicossocial.

Ou seja, a transformação do olhar para o objeto de trabalho provoca a criação de novos instrumentos apoiados em ações intersetoriais, que buscam a reinserção social e a autonomia dos usuários<sup>(39)</sup>. Frente a isso, percebe-se que os encontros de EPS favoreceram momentos de aprender a aprender, desconstruindo e reconstruindo novos saberes.

Essa capacidade crítica de olhar para a prática e para as atividades do cotidiano com o olhar disposto a identificar fragilidades, mas também invenções/criações, perpassa o processo de percepção da realidade como sendo dinâmica e fruto de uma construção social e histórica, que pode ser transformada<sup>(40)</sup>.

Nesse sentido, os participantes da EPS começaram a desvelar a realidade em um movimento de olhar para si e para a prática. Portanto, consistiu em pensar os

movimentos de EPS como capacidade de *outrar-se*, ou seja, de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos; uma singularidade múltipla, estimulando a capacidade de criação, de desbravamento, de curiosidade diante do mundo, ativando a potência diante da vida<sup>(41)</sup>.

Como limite do estudo, aponta-se a não discussão dos resultados com a gestão municipal. Considera-se que as pesquisas qualitativas não possuem a ambição de generalização de resultados e sim das reflexões. Dessa forma, tem-se que a EPS acontece a partir da realidade de cada cotidiano, portanto, não se propõe (e nem se deve), com esta pesquisa, construir um manual para formação a partir dos princípios e diretrizes da EPS, mas apontar pistas que facilitem o seu desenvolvimento em ato.

## Conclusão

A EPS pode ser uma prática que mobiliza desterritorializações nas equipes de trabalho em saúde à medida que vai produzindo reflexão e autoanálise. Mas também pode ser capturada por modelos instituídos e por olhares especializados para a saúde mental enquanto especificidade, direcionando para uma formação mais objetiva, positivista, com poucas flexibilidades e possibilidades de fala ou de criação no grupo e pelo grupo. Assim, considera-se que a Socioclínica Institucional, enquanto balizadora de um processo de formação em saúde mental por meio da EPS, pode favorecer ou facilitar movimentos de olhar e perceber essas capturas das forças instituintes no cotidiano.

A Socioclínica Institucional pode potencializar o processo de EPS, apontando pistas de vivência do processo de formação que também podem ser estratégias para a produção de conhecimento no/pelo trabalho e de fortalecimento da inclusão dos sujeitos na construção coletiva do aprendizado.

Reforça-se que as sete pistas apresentadas não são configuradas como protocolos, mas balizadoras para atentar facilitadores e trabalhadores envolvidos no processo de EPS. Independentemente do objetivo da formação – neste estudo, aponta-se o foco em saúde mental –, as pistas são indícios para atentar quanto aos atravessamentos e interferências institucionais no cuidado em saúde e, conseqüentemente, na formação pelo e para o trabalho.

## Agradecimentos

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas, que fizeram parte do processo de Educação Permanente em Saúde por meio de discussões pontuais, e aos profissionais das Estratégias Saúde da Família participantes.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília [Internet]. 2009 [Acesso 10 out 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.
2. Fortuna CM, Franceschin TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of continuing education in health, triggered by the training of facilitators. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited Jul 29, 2018];19(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_25](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25).
3. Ceccim RB. Continuing education in health: ambitious and necessary challenge. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* [Internet]. 2005 [cited Nov 30, 2017];9(16):161-77. Available from: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>.
4. Ceccim RB. Permanent Education in Health: decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [cited Apr 9, 2018];10(4):975-986. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>.
5. Theodoro CM, Moreira MIB. Stories, Our Stories: Powers and Challenges of the World of Work for Users of a Mental Health Service. *Mental*. [Internet]. 2017 [cited Nov 17, 2018];11(20):279-95]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a15.pdf>.
6. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017 [cited May 15, 2018];22(6):1933-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en\\_1413-8123-csc-22-06-1933.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1933.pdf).
7. Penido CMF, Castro BP, Coimbra JR, Baker VDSIS, Franco RF. Mental Health in Primary Health Care: Should Matrix Support Be Added or Split? *Rev. Polis e Psique*. 2018 [cited June 5, 2019]; 8 (1): 33-51. Available from: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80415/pdf>
8. Eslabao AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LBSEO. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [cited June 4, 2019 ]; 38(1): e60973. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100418&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100418&lng=en). Epub May 29, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>.
9. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatry*. 2016 [cited June 7, 2019]; 208 Suppl 56:s47-54. Available from: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6549EABB6B31989275FDB1F59DC6676D/S0007125000246266a.pdf/district\\_mental\\_healthcare\\_plans\\_for\\_five\\_lowand\\_middleincome\\_countries\\_commonalities\\_variations\\_and\\_evidence\\_gaps.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6549EABB6B31989275FDB1F59DC6676D/S0007125000246266a.pdf/district_mental_healthcare_plans_for_five_lowand_middleincome_countries_commonalities_variations_and_evidence_gaps.pdf)
10. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect*. 2016 [cited June 8, 2019 ]; 19(1):152-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055227/>
11. Rigotti DG, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Drug users hosting in a Basic Health Unit. *RENE*. 2016 [cited June 6, 2019 ]; 17(3):346-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300007>
12. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017 [cited Oct 20, 2018]; 22(5):1489-500. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en\\_1413-8123-csc-22-05-1489.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en_1413-8123-csc-22-05-1489.pdf)
13. Beurs, DP et al. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited June 7, 2019]; May; 208(5):477-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26678866>
14. Manning JC, Carter T, Lait A, Horsley A, Cooper J, Armstrong M et al. 'OurCarethroughOurEyes'. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses' knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK. *BMJ Open*. 2017 [cited June 7, 2019]; 7 (4): 147-15. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/4/e014750>
15. Mccaffrey ESN, Chang S, Farrelly G, Rahman A, Cawthorpe D. Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH). *Evid Based Med*. 2017 [cited June 7, 2019]; 22 (4): 123-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537558/>
16. Patel SR, Gorritz M, Olfson M, Bell MA, Jackson E, Sánchez-Lacay JA et al. Training community-based primary care physicians in the screening and management of mental health disorders among Latino primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 [cited June 7, 2019]; 38: 71-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26598287>
17. Jerant A, Lichte M, Kravitz RL, Tancredi DJ, Magnan EM, Hudnut A, et al. Physician Training in Self-Efficacy



- Enhancing Interviewing Techniques (SEE IT): effects on Patient Psychological Health Behavior Change Mediators. *Patient Educ Couns*. 2016 [cited June 7, 2019]; 99 (11): 1865-1872. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423177>
18. Penido CM, Passos ICF, Andrade, IC. Mental health and family health strategy: first approaching experience. *Rev Interinst Psicol*. [Internet]. 2015 Dez [cited June 12, 2019]; 8(spe): 258-68. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000200008&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200008&lng=pt).
19. Santos AA, Dalla Vecchia M. Workshop Training in Mental Health as a Continuing Education Strategy in Health. *Health Soc Change*. 2016 [cited June 7, 2019]; 7(20): 69-78. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4044/4549>
20. Santos FF, Ferla, AA. Mental health and primary care in alcohol and drug users care. *Interface*. (Botucatu) [Internet]. 2017 Dec [cited June 12, 2019]; 21(63): 833-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en). Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0270.17000400833&lng=en>
21. Monceau G. Socioclinic techniques for the institutional analysis of social practices. *Psicol. Rev*. [Internet]. 2015 [cited Nov 7, 2016]; 21(1):197-217. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a13.pdf>.
22. Loural R. The institutional analysis. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014. 328 p.
23. Rossi A, Passos E. Institutional analysis: conceptual review and nuances of intervention research in Brazil. *Rev EPOS*. [Internet]. 2014 [cited Sep 3, 2018]; 5(1): 156-81. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/09.pdf>.
24. Fortuna CM, Monceau G, Valentim S, Mennani KLE. Socioclinical research in France: notes on Institutional Analysis. *Fractal, Rev Psicol*. [Internet]. 2014 [cited Nov 5, 2018]; 26(2):255-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00255.pdf>.
25. Baremlitt G. Compendium of institutional analysis and other currents: theory and practice. 6ª ed. Belo Horizonte: Record; 2012.
26. Penido CMF. Analysis of implication as a transformation tool in the work process. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia* [Internet]. 2015 [cited Jun 10, 2019]; 8(2):248-57. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>
27. Silveira F, Mishima SM, Matumoto S, Fortuna SM, Bistafa MJ, Bregagnolo JC, et al. Interaction of knowledge for articulation of collective oral health actions: cartography of a Family Health Team. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [cited Oct 23, 2018]; 19(12):4879-4888. Available from: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04879.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04879.pdf)
28. Pezzato LM, L'Abbate S. The use of diaries as an intervention tool of the institutional analysis: potentializing reflections in the daily life of collective oral health. *Physis*. [Internet]. 2011 [cited Dec 16, 2017]; 21(4):1297-314. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a07v21n4.pdf>.
29. Paillé P, mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4ème ed. Paris: Armand Colin; 2016. 424 p.
30. Mendes-Gonçalves RB. *Health, society & history*. Ayres JRCM, Santos L, organizadores. São Paulo: Hucitec. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. 439 p.
31. Almeida CAL, Tanaka OU. Meta-evaluation of a participatory evaluation developed by municipal health managers focusing on the standard "Utility". *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited Nov 7, 2018]; 33(2):e00105615. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00105615.pdf>.
32. Sutil AD, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. The discourse of the managers of the Family Health Strategy on decision-making in health management: a challenge for the Unified Health System. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [cited Oct 22, 2018]; 39(104): 172-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>.
33. Passos E, Palombini AL, Campos RO, Rodrigues SE, Melo J, Maggi PM, et al. Autonomy and cogestión in the practice in mental health: the device of the autonomous management of the medication (GAM). *Aletheia*. [Internet]. 2013 [cited Jul 30, 2017]; 41:24-38. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a03.pdf>.
34. Dobbies DV, L'Abbate S. Resistance as an analyzer of mental health in Campinas (SP): contributions of institutional analysis. *Saúde Debate*. [Internet]. 2016 [cited Oct 6, 2017]; 40(110):120-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>.
35. Figueiredo EBL, Silva APA, Abrahão AL, Cordeiro BC, Fonseca IA, Gouvêa MV. Effect peroroca in the permanent education in health: on the research-work interaction. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited Aug 20, 2018]; 71:1768-73. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt\\_0034-7167-reben-71-s4-1768.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1768.pdf).

36. Leite LS, Rocha KB. Permanent Education in Health: How and in what spaces is carried out from the perspective of the health professionals of Porto Alegre. *Estud Psicol.* [Internet]. 2017 [cited Nov 18, 2018];22(2):203-13. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n2/a09v22n2.pdf>.
37. Barros RBD. Group: the affirmation of a simulacrum. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS; 2013. (Série Coleção Cartografias).
38. Romagnoli RC. The concept of implication and institutionalist research-intervention. *Psicol Soc.* [Internet]. 2014 [cited Apr 9, 2018]; 26(1): 44-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf>.
39. Silva GM, Zanini DS, Rabelo IVM, Pegoraro RF. The conceptions of what is the psychosocial care for mental health professional of a CAPS. *Rev Psicol Saúde.* [Internet]. 2015 [cited Jun 10, 2019]; 7(2): 161-67. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt).
40. Freire P. Awareness: Theory and Practice of Liberation: An Introduction to the Thought of Paulo Freire. 3ª ed. São Paulo: Centauro; 2006.
41. EPS em Movimento. Learning and engendering a new field of possibilities: outreach [Internet]. 2014 [cited Feb 1, 2018]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/o-aprender-e-o-engendramento-de-um-novo-campo-de-possibilidades-outrar-se>.

Recebido: 04.02.2019


Aceito: 02.07.2019

---

Autor correspondente:

Flávio Adriano Borges

E-mail: [flavioborges.enf@gmail.com](mailto:flavioborges.enf@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0001-5941-4855>

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.