



Marcela Pimenta Muniz

**Cartografia dos processos educativos presentes no
cotidiano de trabalho da equipe de Enfermagem em
um Hospital Psiquiátrico**

Niterói

2011

MARCELA PIMENTA MUNIZ

CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS EDUCATIVOS PRESENTES NO COTIDIANO
DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Mara de Melo Tavares

Niterói

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE UFF

Muniz, Marcela Pimenta

Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem de um Hospital Psiquiátrico / Marcela Pimenta Muniz. – 2011.

120f.

Orientadora: Cláudia Mara de Melo Tavares.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem.

1. Educação Permanente. 2. Enfermagem. 3. Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Análise Institucional. I. Tavares, Cláudia Mara de Melo. II. Universidade Federal Fluminense. III. Título.

MARCELA PIMENTA MUNIZ

Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem em um Hospital Psiquiátrico

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 15 de Dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª CLÁUDIA MARA DE MELO TAVARES – Orientador

UFF

Prof^ª Dr^ª MARIA MADALENA JANUÁRIO LEITE

USP

Prof^ª Dr^ª LUCIA CARDOSO MOURÃO

UFF

Prof^ª Dr^ª IRACI DOS SANTOS

UERJ- Suplente

Prof^ª Dr^ª MARILDA ANDRADE

UFF – Suplente

Niterói, 2011.

DEDICATÓRIA

Eu percorro este caminho porque sei que vocês estão sempre me esperando no retorno.
Aos meus queridos pais Vera e Marcelo, por terem sabido antever meus caminhos na vida e me preparado para caminhá-los. Ao querido Leonardo, por ser prumo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu criador.

A minha irmã, Amaralina, pela companhia vital, por acreditar em mim.

Ao zeloso Leonardo, por ser meu eterno admirador, pelo apoio nos inúmeros momentos de angústias.

À professora Cláudia Mara, minha orientadora, por me deixar em dúvida, por me fazer pulsar e, claro, por me respeitar e orientar nesse percurso.

À querida amiga Sharla, por me ensinar a sensibilidade na produção científica, no dia a dia.

Às equipes de enfermagem do HPJ, em especial, aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade e espontaneidade na participação deste estudo.

Aos familiares: Maria Eduarda, Vó Jane, Vô Nelio, Ângela, Nana, Júlia, Tio Marquinhos, Tia Vânia, Vó Cida e Zélia, pela fé na vida, pelas orações, pela torcida.

Às amigas do mestrado, especialmente Paula Isabela e Andrea Damiana, que se colocaram disponíveis em ajudar-me em momentos nebulosos.

Aos pacientes do HPJ, que tanto nos ensinam sobre vida e liberdade.

A toda equipe do MACCS, por oferecer-me possibilidade de crescimento e acolhimento.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a execução deste estudo. Muito obrigada!

“Sabe o que eu quero de verdade?! Jamais perder a sensibilidade, mesmo que às vezes ela arranhe um pouco a alma. Porque sem ela não poderia sentir a mim mesma”.

Clarice Lispector

RESUMO

MUNIZ, MP. Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho da equipe de Enfermagem Psiquiátrica [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, 2011. 120f.

A presente pesquisa surgiu a partir da minha inquietação referente aos processos educativos permanentes junto à equipe de enfermagem que tem se desenhado no contexto do hospital psiquiátrico. A literatura do campo da enfermagem psiquiátrica, com foco no cuidado em saúde mental, descreve que a realidade da enfermagem ainda é incipiente no que diz respeito a compreender/modificar o processo de trabalho. O objeto de estudo foi a institucionalização da educação permanente da equipe de enfermagem no contexto de um hospital psiquiátrico. Essa dissertação teve como objetivo descrever os processos educativos permanentes para a equipe de enfermagem que ocorrem em um hospital psiquiátrico, identificando as lacunas e as potencialidades destes processos educativos para a equipe de enfermagem. Foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com base no referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante e de grupo focal. Os dados foram analisados com base na Análise Institucional e nos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Apresenta-se como resultado a elaboração de uma cartografia a respeito dos processos educativos em enfermagem no cotidiano do hospital psiquiátrico. De acordo com as demandas da Reforma Psiquiátrica, o papel dos serviços de saúde deve ser o de garantir a visão do portador de sofrimento psíquico como cidadão, onde o tratamento não deve servir de tutela, mas sim de libertação. Para isso, é necessário que as equipes de enfermagem participem de espaços educativos onde possam refletir a respeito das novas práticas de cuidar no campo psicossocial, onde possam falar e ouvir sobre as implicações da Reforma Psiquiátrica para as equipes de enfermagem e onde possam refazer constantemente os atravessamentos individuais e coletivos dessas equipes sobre o indivíduo psicótico. Concluiu-se que a educação permanente em enfermagem deve ter como principal mote o desempenho de um cuidado como prática social. Deve propiciar que os profissionais de enfermagem busquem abordar o portador de sofrimento psíquico através da

responsabilidade com o cuidado humano, com agenciamentos intra-equipe e extra-setor saúde, acompanhando esses portadores em seu dia a dia, isto é, na vida, respeitando-o em suas especificidades, em suas peculiares escolhas e apostando – ainda que provisoriamente – em vê-los usufruindo de um convívio social. Assim, as ações educativas em serviço devem servir para desenvolver novas formas de compreender e interpretar a realidade, questionar, discordar, propor soluções, favorecer a reflexão em favor da sociedade.

DeCS: Autoanálise, Educação em Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica, Educação Continuada, Responsabilidade Social.

Palavras-chave: Análise Institucional, Processos educativos, Equipes de Enfermagem, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

MUNIZ, MP. Cartography of the educative processes in the daily of the psychiatric nursing team [dissertation]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, 2011. 120f.

The theme of this research came from the inquietude caused by the work as nurse and refers to the educative processes developed with the nursing team in the context of the psychiatric hospital. The literature in the psychiatric nursing field, with focus on the care in mental health, describes that the reality of nursing is still beginner as regards to understand/modify the work process. The object of study was the institutionalization of the permanent education of the nursing team in the context of the psychiatric hospital. This dissertation aimed to describe the permanent educative processes for the nursing team that occur in a psychiatric hospital, identifying the gaps and the potentialities of these educative processes for the nursing team. A qualitative and exploratory research was developed on the basis of the theoretical-methodological framework of the institutional analysis. The data collection was performed by participant observation and focus group. The data were analyzed on the basis of the institutional analysis and in the precepts of the Psychiatric Reform. It presents as a result the elaboration of the cartography about of the educative processes in nursing in the daily of psychiatric hospital. In accordance with the demands of the Psychiatric Reform, the role of health services should be to ensure the vision of the psychic suffering patient as a citizen, where the treatment should not be used for authority, but liberation. For this reason, it's necessary that the nursing teams participate in educative places where can reflect about the new practices of care in the psychosocial field, where can talk and hear about the implications of the Psychiatric Reform to the nursing teams and where they can remake constantly the individual and collectives relations of those teams on the psychotic individual. It was concluded that the permanent education in nursing must have as main subject the performance of the care as a social practice. It must provide that the nursing professionals seek to address the psychic suffering patients through the responsibility with the human care, with intra-team and extra-health sector arrangements, accompanying those patients in their daily, that is, in the life, respecting them in their specificities, in their peculiar choices and betting - even provisionally - to see them

enjoying a social life. Thus, the educative actions in service should serve to develop new ways of understanding and interpreting the reality, to question, disagree, propose solutions, encourage the reflection in the society.

DeCS em inglês: Autoanalysis, Education Nursing, Psychiatric Nursing, Education Continuing, Social Responsibility.

Key words: Institutional analysis, Educational processes, Nursing teams, Psychiatric reform.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cartografia dos processos educativos para a equipe de enfermagem, p. 86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI Análise Institucional

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

EP Educação Permanente

HPJ Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

MS Ministério da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UFF Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**, p.3
 - 1.1 TEMA, p.3
 - 1.2 OBJETO, p.7
 - 1.3 PROBLEMA, p.7
 - 1.4 QUESTÕES NORTEADORAS, p.7
 - 1.5 OBJETIVOS, p.8
 - 1.6 JUSTIFICATIVA, p.8

2. **REFERENCIAL TEÓRICO**, p.10
 - 2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE, p.10
 - 2.2 PROCESSOS EDUCATIVOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, p.13
 - 2.2.1. O cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica como temática prioritária para os processos de Educação Permanente, p.14
 - 2.2.2. A importância da educação permanente em enfermagem no cotidiano do cuidado em saúde mental, p.17
 - 2.3 REFORMA PSQUIÁTRICA, p.19
 - 2.3.1. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica: mudança de paradigma no cuidar, p.20
 - 2.4 COMPROMISSO SOCIAL DO ENFERMEIRO, p.24

3. **MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ANÁLISE INSTITUCIONAL**, p.26

4. **METODOLOGIA E MÉTODO**, p.35
 - 4.1 PRODUÇÃO/COLETA/ANÁLISE DOS DADOS – A CARTOGRAFIA, p.35
 - 4.1.1. Observação participante, p.42
 - 4.1.2. Grupo focal, p.43

- 4.2 SUJEITOS, p.45
- 4.3 CENÁRIO, p.45
- 4.4 ASPECTOS ÉTICOS, p.47
- 4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS, p.47

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, p.50

- 5.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM, p.56
- 5.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE, p.63
- 5.3 O CUIDADO EM ENFERMAGEM NO HP EM ESTUDO, p.70
- 5.4 INTERDISCIPLINARIDADE: ATRAVESSAMENTOS NA EP E NO CUIDADO, p.75
- 5.5 PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O GRUPO EDUCATIVO, p.78
- 5.6 CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS EDUCATIVOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM, p.84

6. CONCLUSÃO, p.90

REFERÊNCIAS, p.97

APÊNDICES, p.103

1. INTRODUÇÃO

“Meu coração pulou... você chegou me deixou assim, com os pés fora do chão. Pensei: que bom! Parece, enfim, acordei! Pra renovar meu ser faltava mesmo chegar você, assim sem me avisar, e acelerar um coração...”

Tunai

1.1 TEMA

O tema da presente pesquisa surgiu a partir da inquietação originada pelo trabalho como enfermeira e refere-se aos processos educativos desenvolvidos com a equipe de enfermagem no contexto de um hospital psiquiátrico.

Souza, Cruz e Stefanelli (2007) apontam que a educação continuada em serviço, permanente ou treinamento, é um ponto crucial de qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica no contexto hospitalar, uma vez que o processo de atualização técnico-científica constante propicia ao profissional a reflexão sobre sua profissão, sua prática e suas metas, além de promover o seu desenvolvimento pessoal, elevando sua auto-estima e permitindo-lhe experimentar gratificação, prazer e, ainda, independência e autonomia no seu desempenho profissional. Vivenciando tais experiências, torna-se capaz de estimular a motivação daqueles por ele assistidos para, também, usufruírem dessas experiências.

As mesmas autoras (2007) atestam que a prática da enfermagem psiquiátrica tem exigido uma maior percepção das necessidades do paciente. Afirmam, também, que cabe ao enfermeiro o desenvolvimento de habilidades que lhes possam conferir melhor desempenho de suas funções e de sua equipe. Sendo assim, a educação deve ser contínua (*continuing*) principalmente no que se refere à cooperação interdisciplinar-, com foco no cuidado, e deve visar ao atendimento do paciente em todas as suas dimensões, independente do tipo de serviço em que atue.

Refletir sobre o campo da saúde mental tem sido um exercício de compreensão dentro de uma dinâmica específica, social e historicamente construída. Percebe-se, com isso, que a

área congrega uma diversidade de atores, teorias, técnicas, tratamentos, e inclui questões políticas e clínicas no lidar cotidiano com o portador de sofrimento psíquico.

O foco no cotidiano se justifica por ser este o *locus* onde as experiências, relações e práticas acontecem de modo dinâmico. Santos (2006) afirma que o cotidiano representa o aspecto de um lugar que é compartilhado entre pessoas, grupos e instituições, numa relação dialética de conflito e cooperação, sendo essa a base da vida comum. Assim, estudar os atores e suas práticas educativas no dia a dia é fundamental, pois localiza aspectos objetivos e subjetivos que constroem a vida institucional.

Para Heller (1994), é na vida cotidiana em que se produzem as relações sociais entre os homens. É através da cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e a cultura existentes. Estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros a sua volta e com o modo de produção da sociedade.

Pinheiro (2006) corrobora essa assertiva, ao afirmar que a demanda dos serviços de saúde se constrói cotidianamente, fruto de uma interrelação entre as normas e as práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduos, profissionais e instituição). Nas pesquisas desenvolvidas pela autora, o cotidiano da instituição é o *locus* de investigação, lugar onde os elementos da demanda por processos educativos surgem da interação entre os sujeitos, e na sua relação com a oferta dos serviços, em face de um determinado projeto político institucional.

É também no cotidiano que a sociedade encontra a oportunidade de se transformar e de se reconstruir. Essa reconstrução faz parte de uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo, até que se alcance o âmbito da coletividade.

No cenário escolhido para a realização deste estudo (o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba), assim como nas instituições de saúde de um modo geral, o cotidiano representa um espaço de luta, de exercício de poder, de uma prática social influenciada pelos próprios atores e pelas práticas sanitárias, assistenciais e políticas. No espaço institucional, ocorre a disputa dos distintos atores sociais. Entender esses processos de disputa, a contratualidade entre os agentes, aquilo que “dá a identidade” da instituição e que se traduz em sua prática assistencial é fundamental no processo, e será um objetivo a ser perseguido neste estudo.

A prática cotidiana experimentada acabou contextualizando e dando substância a uma série de reflexões sobre os processos educativos para a equipe de enfermagem no trabalho em saúde mental. Essas cogitações apontaram para o fato de que pensar uma lógica de cuidado psiquiátrico em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde mental no

Brasil impõe transformações profundas em todo o sistema de cuidado. Neste caminhar, a busca de alternativas ao manicômio e de modelos assistenciais que constituam novos modos de lidar com o paciente psiquiátrico tem sido fenômeno comum.

O processo de vivenciar/experimentar o serviço de saúde mental no seu cotidiano leva à reflexão sobre a heterogênesse desse espaço público. Neste campo de ação, o cuidado exige mudanças em suas práticas e saberes e, para tal, requer mobilização coletiva. A experiência adquirida na assistência psiquiátrica, aliada a uma constante reflexão sobre esta problemática, desperta uma série de questões que envolvem os processos educativos para a profissão de enfermagem no cuidado em saúde mental, especialmente na internação psiquiátrica, espaço de atuação profissional.

A trajetória nessa área de atuação teve início de modo intencional, sempre movida pelo interesse na atuação assistencial em saúde mental e nos processos de formação permanente para a equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico. Existe atração pelas temáticas que envolvem a educação em serviço para a equipe de enfermagem em psiquiatria. Isto porque se entende que os processos educativos podem ser potentes na busca de um redirecionamento do trabalho da enfermagem psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Não há como tratar da Reforma, no cotidiano do hospital psiquiátrico, sem envolver a equipe de enfermagem, pois ela se encontra lado a lado com o portador de sofrimento psíquico durante a internação. A equipe de enfermagem, como “secretária” da loucura, precisa estar envolvida na reestruturação do cuidar em saúde mental. Sendo assim, compreende-se que os processos educativos podem viabilizar tal envolvimento.

A experiência como enfermeira em hospital psiquiátrico permite observar que a equipe de enfermagem demanda por espaços em que lhe seja dada a palavra, em que possa dividir as dificuldades e os anseios na lida com a psicose, em que a todos da equipe possam degustar de um conhecimento produzido coletivamente, em que possam, enfim, experimentar a produção de vida pelo trabalho.

Em 2009, ano do último período da graduação em Enfermagem e Licenciatura, cumpriu-se estágio no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, mesmo local que serviu de base para a realização desta dissertação. Lá havia outros acadêmicos muito interessados no campo da saúde mental, o que fez com que o estágio fosse muito produtivo, pois, de fato, havia presença no HP. Dessa maneira, alguns impactos foram sendo suscitados à medida que se apontava que é possível haver uma equipe de enfermagem atuante clinicamente junto à psicose.

O grupo de estagiários e o corpo docente da universidade, com o apoio de alguns atores do Hospital Psiquiátrico (HP), sugeriram, então, a criação de um espaço de discussão de casos clínicos para a enfermagem. Assim, os estagiários, começaram a apresentar trabalhos com discussão oral (algumas vezes também com exposição em *data show*), com posterior discussão aberta aos que assistiam. Após o período do estágio, os profissionais da equipe de enfermagem passaram a fazer exposições orais a partir de suas experiências no HP. O trabalho como enfermeira profissional, depois da graduação, se deu no mesmo Hospital.

Desde então, existe o interesse em compreender o desenhar deste espaço de formação permanente, que tem se constituído para a equipe de enfermagem no HP. Por meio deste estudo, pretende-se fazer emergir uma cartografia dos processos educativos em enfermagem que estão presentes no hospital psiquiátrico, mas que ainda não são considerados pelos próprios enfermeiros como um programa de educação permanente.

Para tanto, utilizou-se um referencial teórico-metodológico híbrido ou multirreferenciado, através da Análise Institucional (AI), da Esquizoanálise, da Educação Permanente (EP), bem como preceitos da Reforma Psiquiátrica. Para melhor esclarecer a relação entre tal referencial e as questões estudadas, far-se-á uma elucidação acerca desses aspectos referenciais.

A AI articula um instrumental de análise e intervenção em instituições, com objetivo de potencializar grupos e comunidades para processos de mudança (Lourau, 1995). Determinada organização pode ser atravessada por diversas instituições (educação, relações de poder, funcionamento, dentre outras). As instituições moldam uma organização. Os propósitos da Análise Institucional apóiam-se, fundamentalmente, nos processos de auto-gestão e autoanálise, no fazer consciente dentro do possível a cada ato do cotidiano e na busca constante dessa consciência (Lourau, 1995) com o objetivo de se ser produtivo e "vacinado" contra os abusos de poder, alienação e manipulação. Desta forma, a AI torna-se um valioso instrumento para viabilizar a desruptura da realidade, passando a ter nos espaços de EP um lugar dado aos questionamentos, às modificações e à força dos grupos sociais.

Criada por Gilles Deleuze e Felix Guatarri, a Esquizoanálise é uma concepção da realidade em todas suas superfícies, processos e entes, e, também, em suas individuações inventivas, como acontecimentos-devires. Para esta concepção, a produção e o desejo revolucionários são imanentes entre si e produtores de toda a realidade. Consiste em uma ampla leitura da realidade, tanto natural quanto social, subjetiva e tecnológica, assim como de uma realidade "outra", pluripotencial e imperceptível (GUATARRI, 1988).

A Educação Permanente (EP) não é simplesmente uma atividade, mas uma postura que possibilita educação/modificação no serviço e pelo serviço. Na EP, a palavra ganha uma circulação transversal e horizontal, com potência para subsidiar mudanças.

Quanto à Reforma Psiquiátrica, Amarante (1995) define-a como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

A pesquisa acerca do compromisso social do enfermeiro defendida no trabalho monográfico de conclusão de curso da graduação, reside na compreensão de que este compromisso passa pela questão de se debruçar no viver do outro, na troca durante o cuidado. Esta competência está em se fazer cumprir a profissão e a condição de cidadão consciente, na aposta que se faz na construção de um espaço comum entre o cuidador e o ser cuidado.

Neste sentido, pretende-se maior aproximação dos fatores que envolvem o desafio de se praticar EP junto à enfermagem em hospital psiquiátrico, compreendendo esta realidade através da Análise Institucional. Desta forma, torna-se viável identificar as lacunas e as potencialidades dos processos educativos voltados para a equipe de enfermagem que circulam na instituição escolhida para o estudo.

1.2 OBJETO

A institucionalização da educação permanente da equipe de enfermagem no contexto de um hospital psiquiátrico.

1.3 PROBLEMA

Como se instituem os processos educativos/de educação permanente em enfermagem no contexto do hospital psiquiátrico?

1.4 QUESTÕES NORTEADORAS

- Como se institucionaliza o processo de Educação Permanente (EP) com a equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico?
- Como os processos de EP são compreendidos pela equipe de enfermagem?
- Como dialogam os processos educativos desenvolvidos na equipe de enfermagem com a equipe multidisciplinar de um hospital psiquiátrico?
- Como desenvolver a EP no hospital psiquiátrico considerando-se os aspectos valorizados pela própria equipe de enfermagem?

1.5 OBJETIVOS

- Analisar os processos educativos presentes no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico à luz da perspectiva da Análise Institucional, da Esquizoanálise e dos preceitos da Reforma Psiquiátrica;
- Analisar a compreensão da equipe de enfermagem sobre os processos educativos vivenciados em serviço;
- Discutir os processos educativos vivenciados pela equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico, com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica;
- Construir uma cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico.

1.6 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se pela importância de se compreender os fatores que medeiam a consolidação de um espaço de Educação Permanente (EP) que leve em consideração o compromisso social da equipe de enfermagem no Hospital Psiquiátrico (HP).

Por ser um direito adquirido e uma necessidade aguda da equipe de enfermagem no HP, os espaços de formação permanente devem se tornar instituídos, garantidos, apoiados em seu potencial instituinte para subsidiar mudanças.

Estar ciente dos resultados gerados pelos processos de trabalho hegemônicos é uma necessidade premente para que atuem na saúde mental enfermeiros críticos, capazes de modificar a realidade e satisfeitos por compreenderem a que vêm e a quem servem suas práticas. Isso é extremamente valioso, já que assume caráter de uma pesquisa claramente voltada para as diretrizes da saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a assistência e o ensino de enfermagem, a contribuição pode vir a significar não somente um amplo redirecionamento para a retomada de princípios e de valores da Enfermagem, mas também revisão, educação, atuação e avaliação dessa assistência e desse ensino.

Os usuários em saúde mental podem ser extremamente favorecidos, ao passo que se defende, a partir de processos educativos, um cuidado envolvido com a emancipação dos sujeitos, com práticas entregues às individualidades de cada encontro e à qualidade de um cuidar realizado coletivamente.

É de grande valor estudar os processos educativos presentes em um hospital psiquiátrico a partir dos instrumentos da Análise Institucional (AI), visto que o estudo permite o acesso a resultados ainda ocultos, a respostas até então silenciadas a respeito desta temática. Além disso, a AI viabiliza uma pesquisa que, inevitavelmente, ela própria irá provocar mudanças no cenário estudado e nos sujeitos envolvidos.

Essa visão leva a considerar uma proposta de cuidar em saúde mental diferenciada, tendo como foco a EP voltada para um cuidado realizado como prática social. Ressignifica-se, dessa maneira, a atuação da enfermagem, que tem caminhado cada vez mais para o tecnicismo, o qual só interrompe a aproximação com o paciente e a execução das diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica.

É muito valoroso discutir as possibilidades de se garantir um processo educativo tal, que garanta a singularidade do cuidado sem que seja negligenciada a equidade e a universalidade.

Esta dissertação encontra-se inserida na linha de pesquisa Cuidados Coletivos em Saúde nos seus processos Educativos e de Gestão, do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde e Enfermagem. A relevância de sua inserção para a linha de pesquisa é a do âmbito dos cuidados coletivos nos processos educativos. O presente estudo propõe um amplo redirecionamento do cuidado em enfermagem psiquiátrica a partir de espaços educativos horizontalizados, de produção de conhecimento coletivo, de troca, de autoanálise, de ressignificação, de auto-gestão e de produção criativa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

*“E nem entendo aquilo que entendo:
pois estou infinitamente maior que eu mesma,
e não me alcanço... essa clareza de realidade
é um risco.”
Clarice Lispector*

Devido à complexidade do referencial teórico utilizado nesta pesquisa, optou-se por dividi-lo em sub-capítulos organizados pelas diferentes temáticas envolvidas neste estudo.

2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE

O referencial de Educação Permanente (EP) utilizado na presente pesquisa foi de lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar (Ceccim, 2005). Essa abordagem pode propiciar além da democratização institucional, do desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de ensino e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanentemente da qualidade do cuidado à saúde e a construção de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. Aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2005), é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde.

Em pesquisa desenvolvida com profissionais da enfermagem, Tavares (2006, p.287) concluiu que “a educação permanente da equipe de enfermagem de saúde mental exige, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar”.

No entanto, apesar da relevância da interdisciplinaridade para uma formação em serviço, faz-se necessário, desde já, explicitar que esta pesquisa tem como prumo uma proposta de EP para a equipe de enfermagem, especificamente. Isso porque o hospital escolhido para a pesquisa oferece diversos espaços de formação para psicólogos e médicos,

em detrimento do que é oferecido à equipe de enfermagem. Desta forma, com a finalidade de diminuir este débito, a presente pesquisa pretende defender, principalmente, uma EP para a enfermagem psiquiátrica.

Tendo em vista que a produção do cuidado encontra-se atravessada por uma precarização e superexploração das formas de se fazer saúde, a EP passa a ser, nesse contexto, uma atividade pouco valorizada até mesmo pelos próprios profissionais da saúde.

É preciso considerar que a busca de uma vida cheia de sentido nos processos de produção em saúde está muito próxima da criação artística e se transforma em elemento humanizador das práticas (Antunes, 2000). Assim, a EP potencializa e ressignifica as práticas em saúde, já que caminha em direção a uma assistência prestada como prática social, qualificada, articulada, ampliada, interdisciplinar e voltada para a coletividade.

O cuidado é, antes de tudo, um exercício dos seres humanos e uma arte de observar, saber e fazer. Por isso, não se trata de uma ação técnica a ser estudada e desenvolvida, tal como uma função braçal (Silva, Padilha e Borenstein, 2002). Na profissão, estão implícitas as relações humanas e as implicações que definem sua prática e tudo a sua volta. Jamais analisar-se-á a Enfermagem sem antes reconhecer que dela nasce um universo humano extraordinário, revelador e original (LEOPARDI, 1999).

Portanto, é *sine qua non* a construção de um espaço em que a palavra seja dada aos profissionais de enfermagem em saúde mental para que seus desejos e projetos possam ser discutidos, bem como para que seja abordada a possibilidade de se transformar o trabalho. E a maneira real para que se construa este tipo de espaço em verdade é através da EP.

Deve ser discutida a possibilidade de se transformar o trabalho. Diversos impasses podem desencadear ações criativas, mudanças, melhorias, como uma espécie de efeito catalisador, através da EP. Entretanto, na maioria das situações, a maneira como o trabalho é organizado e são definidas as tarefas criam uma verdadeira barreira a este processo. Os resultados obtidos não são reconhecidos, o sofrimento não é notado, a fala das pessoas não é estimulada; pelo contrário, é frequentemente combatida.

Dessa forma, em detrimento do uso de problemas de qualquer natureza no processo produtivo como fonte de inovações e progressos, os profissionais de enfermagem acabam por buscar ativamente se proteger e se defender, utilizando mecanismos de defesa.

Como solução para esta problemática, poder-se-ia transformar o sofrimento potencialmente patogênico em sofrimento criativo, através de um espaço de EP destinado a uma reestruturação produtiva. Ou seja, haveria vivência de um intenso prazer quanto maior fosse o desafio enfrentado a ser superado. O uso da criatividade e a possibilidade de expressar

uma marca pessoal também são fontes de prazer, orgulho e admiração pelo que se faz, aliando-se ao reconhecimento da chefia e dos colegas.

A EP tem a possibilidade de transmitir a chamada inteligência astuciosa, a qual é mobilizada frente a situações inéditas, ao imprevisto, frente a situações móveis e cambiantes; fundamentalmente enraizada no engajamento do corpo, poupa esforços e privilegia a habilidade em detrimento do emprego da força; é inventiva e criativa (DEJOURS, 1992).

No entanto, a tensão criada entre as expectativas e sonhos dos trabalhadores, a organização do trabalho e o conteúdo das tarefas às vezes árduas podem vir a influenciar a construção e o desenvolvimento de um espaço de EP voltada para o compromisso social e reestruturação produtiva em saúde.

E este é um círculo vicioso, pois quanto mais distante de um espaço de diálogo em EP, mais difícil será a execução de práticas sociais e mais árduas soarão as tarefas a serem desenvolvidas com menos inteligência astuciosa.

De acordo com a Portaria N° 198/2003 do Ministério da Saúde (MS), a educação permanente pretende promover e produzir sentidos, propondo a transformação das práticas profissionais a partir da reflexão crítica a respeito das práticas reais em ação na rede de serviços. Assim, o Ministério da Saúde (MS) propõe a capacitação do pessoal da saúde partindo da problematização dos processos de trabalho.

Além disso, o MS defende como objetivo da EP a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, “tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde” (MS, 2003).

Assim, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor,

considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde (MS, 2003).

Nomeada como “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde” (afirmada pela Resolução do CNS n° 335), a publicação do MS (2003) afirma que “a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central”. Ou seja, ratifica que EP deve englobar

“aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (MS, 2003).

Além disso, em 2007, o MS lança a Portaria N° 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Esta Portaria determina que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (MS, 2007).

Determina, ainda, as atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, dentre elas:

incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação (MS, 2007).

No entanto, apesar das referidas portarias representarem saberes instituídos acerca da EP, na prática, a realidade da EP é que ela ainda está em vias de se instituir. Apesar de seu potencial instituinte, ela ainda não está institucionalizada.

Assim, a instituição EP, que está em permanente mudança, tem movimentos instituídos e instituintes em tensão, que podem contribuir para a prática de cuidado entre cidadãos.

2.2 PROCESSOS EDUCATIVOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

As mudanças no campo da assistência à saúde mental, ocorridas no Brasil a partir dos anos 80 e balizadas pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica, trouxeram a necessidade de reorganização dos serviços e criação de novas modalidades de atendimento terapêutico, dentre as quais se inclui a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem.

O processo de transformação das práticas em saúde mental e a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial implicam mudanças de âmbitos teórico, jurídico e sócio-cultural, passando pelo campo da construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas assistenciais em saúde mental, como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais.

A transformação da psiquiatria vem ocorrendo nas últimas décadas, trazendo consigo exigências, uma vez que seus profissionais buscam melhor formação e atualização no sentido de acompanhar todo o processo de mudança, fazendo, assim, parte deste contexto a enfermagem psiquiátrica e os seus profissionais (LIMA, PEDRÃO, GONÇALVES e LUIS, 2010).

Dessa maneira, o processo de constituição de novas práticas coloca os trabalhadores diretamente em contato com o novo e o desconhecido, gerando sentimentos de angústia, uma vez que o trabalhador sofre uma experiência de desenraizamento, ao ver sua própria identidade profissional ser colocada em questão (KODA e FERNANDES, 2007).

A atuação cotidiana do profissional enfermeiro e suas representações sociais no contexto institucional psiquiátrico são questões a serem trabalhadas a partir da institucionalização da Educação Permanente (EP).

Acredita-se que com um espaço aberto à discussão e com a troca de experiências entre os integrantes da equipe de enfermagem com a retaguarda de um membro da equipe mais experiente, que preste informação e compartilhe conhecimentos, seria um bom momento de avaliação das condutas e esclarecimento de questões que dificultam o funcionamento da assistência de enfermagem psiquiátrica (KIRSCHBAUM e PAULA, 2002).

Faz-se, portanto, premente a necessidade de se refletir a respeito do fato de que muitas das ações da equipe de enfermagem ainda são pautadas em condutas de uma prática excludente e asilar. Sabe-se que o cuidado da enfermagem psiquiátrica ainda se encontra enraizado nesses aspectos, mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica. A ação de enfermagem psiquiátrica, no que tange à disponibilidade pessoal ou ao agenciamento intra-equipe, ainda é institucionalmente pouco eficaz.

Nesse contexto, nota-se a importância da mudança de conceito e de atitude dos profissionais de enfermagem quanto aos acometimentos psíquicos. Para que isso ocorra, é necessário que esses profissionais obtenham novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada nos princípios de cidadania, ética, humanização e assistência integral (VILLELA e SCATENA, 2004).

Nesse panorama, a perspectiva de criar novas formas de intervenção no trabalho da enfermagem se afirma como uma possibilidade de buscar alternativas para uma maior eficácia no tratamento e, conseqüentemente, na promoção de saúde da comunidade.

2.2.1. O cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica como temática prioritária para os processos de Educação Permanente

É valioso destacar dados literários que abordaram o cuidado em saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em que são relatados, de acordo com os autores, os aspectos para a atuação do enfermeiro junto a portadores de sofrimento psíquico. Buscou-se trazer à tona as dificuldades existentes entre a prática de enfermagem e a Reforma Psiquiátrica, apontando o cuidado aplicado e apontando o cuidado devido, de acordo com a literatura atual.

Almeida, Moraes e Peres (2009) apresentam uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro a partir de novas atitudes e propostas de trabalho na assistência ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial, evidenciando as limitações na atuação profissional. Destacam a importância da busca de criatividade e de instrumentos inovadores, como aqueles de desconstrução de práticas silenciadoras e construção voltada para a criação na prática profissional (2009).

Apontam que o grande equívoco da enfermagem teria sido acreditar que a administração do ambiente hospitalar e o controle burocrático de formulários institucionais fariam dos enfermeiros profissionais imprescindíveis no cuidado. Acrescentam, todavia, que a grande consequência por ocupar o maior tempo do trabalho com atividades de cunho administrativo é o distanciamento do paciente, fato que leva à falta de reconhecimento do enfermeiro por parte da clientela e dos outros profissionais (ALMEIDA, MORAES e PERES, 2009).

Nasi, Cardoso, Schneider, Olschowsky e Wetzel (2009) abordam a questão da integralidade na saúde mental, como algo que valoriza o contato e o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico. Atribui-se então, no modo psicossocial, a importância ao sujeito, considerando-o como participante principal do tratamento. Esse sujeito é visto como um ser inserido em um grupo familiar e social, devendo, também, ser considerado como agente das mudanças buscadas e incluídas no tratamento (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKY e WETZEL, 2009).

Reforçam que a integralidade na saúde mental objetiva apresentar respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco da intervenção. Destarte, de acordo com estes autores, o cuidado pressupõe a capacidade de escuta e a disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que demandam atenção em saúde (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKY e WETZEL, 2009).

Destaca-se que as forças antagônicas da Teoria do Cuidado Burocrático estarão sempre presentes na instituição asilar, porém a fundamentação para a prática do cuidar em enfermagem dos pacientes de longa permanência institucionalizados deverá unir conceitos da

Teoria Humanística, das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das novas Políticas de Saúde Mental, buscando-se, dessa forma, uma prática transformadora e com participação ativa do sujeito nestas três áreas conceituais (SANTOS, 2009).

Muitas vezes, a gama de atividades administrativas e burocráticas faz com que a sensibilidade humana se reduza e o profissional se esqueça de tocar, conversar, ouvir e, até mesmo, olhar para o ser humano de que deveria estar cuidando. Isso reforça a importância das atividades de educação permanente em enfermagem psiquiátrica (WAIDMAN, BRISCHILIARI, ROCHA e KOHIYAMA, 2009).

Destaca-se que a compreensão do fenômeno da loucura exige uma complexidade de olhares. A literatura admite que a loucura traz ao indivíduo uma série de mudanças em seu estilo de vida, alterando a dinâmica de sua rede de relações, impondo limitações funcionais e comportamentais, demandando maior tempo, comprometimento e disponibilidade não somente de seus vínculos interpessoais, mas também dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde e atendem esse tipo de usuário (KANTORSKI, PINHO, SOUZA e MIELKE, 2008).

Tavares (2005) faz uma reflexão teórica com o objetivo de analisar a interdisciplinaridade como elemento fundamental para a formação do enfermeiro psiquiátrico na perspectiva da atenção psicossocial. Ao analisar a repercussão da interdisciplinaridade no âmbito da enfermagem, a autora demonstra que a busca desenfreada da identidade profissional da enfermeira psiquiátrica gerou dificuldades para a interlocução da mesma com os demais membros da equipe técnica de saúde mental. O autor defende a ideia de que a intensificação das parcerias entre universidade e serviço de saúde, a integração curricular de disciplinas de diferentes áreas e o uso de metodologias problematizadoras de ensino constituem estratégias fundamentais para a formação interdisciplinar do enfermeiro psiquiátrico (TAVARES, 2005).

Aranha e Silva e Fonseca (2005) relatam que a ação de enfermagem (prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio) ainda depende do diagnóstico e da ordem médica e consta de cuidado com a alimentação (acompanhar a alimentação realizada com colher para evitar que o talher se transformasse em instrumento de ataque, por exemplo); de cuidado com o sono; de cuidados com a higiene; de vigilância com atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas sexualmente e amorais; e encaminhamento dos pacientes para o pátio, algumas horas semanais. Em um ambiente com tais características, o paciente se torna depósito de

patologias a ser observado, diagnosticado, controlado, documentado e posteriormente oferecido ao saber médico para ser curado (ARANHA e SILVA, FONSECA, 2005).

Guattari e Rolnik (1999) apontam que é mister que se esteja a todo o momento atento para evitar a repetição estéril e o reforço de discursos já instituídos acerca da prática de saúde mental. Comentam, ainda, que é possível o desenvolvimento de modos de produção singulares numa recusa a esta serialização de indivíduos. Este “processo de singularização” leva à construção de uma subjetividade singular através da produção de novos modos de sensibilidade, de criatividade e de relação com o outro (GUATTARI e ROLNIK, 1999).

2.2.2 A importância da educação permanente em enfermagem no cotidiano do cuidado em saúde mental

Almeida, Moraes e Peres (2009) descrevem que frente às dificuldades de atuação profissional da enfermagem algumas estratégias poderiam ser desenvolvidas, tais como participação em seminários, jornadas, simpósios e grupos de estudo. Essas iniciativas permitiriam intercâmbios de experiências com outros profissionais, favorecendo o trabalho interdisciplinar (2009). Desta forma, corroboram com a tese de que há uma importante demanda por educação permanente na enfermagem psiquiátrica.

Segundo Tavares (2006), a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. A mesma autora sinaliza que os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A educação em serviço visa à transformação das práticas profissionais e à organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (TAVARES, 2006).

Santos (2009) destaca que o enfermeiro psiquiátrico deve assumir a responsabilidade da educação permanente da equipe de enfermagem, no intuito de produzir sujeitos mais qualificados para o atendimento ao usuário de saúde mental.

Saidel, Toledo, Amaral e Duran (2007) descrevem que o desprazer na rotina do enfermeiro psiquiátrico se relaciona com a realização de atividades desagradáveis que, muitas vezes, é realizada por imposição e obrigação, gerando sentimentos negativos, visto que o processo de trabalho torna-se repetitivo. Assim, é de fundamental importância que tanto a instituição como os enfermeiros psiquiátricos estejam abertos a novas ideias, mantendo uma equipe de enfermagem integrada, conscientizada em sua função e sem medo de novos desafios. É válido retratar que a Reforma Psiquiátrica é tida como uma estratégia inserida num processo permanente de transformação, superando a burocracia que permeia os novos projetos

de desinstitucionalização. O enfermeiro que está inserido na nova política de saúde mental conhece a trajetória da psiquiatria e a importância da reforma, podendo ter maiores chances de realizar um trabalho de maior consciência no âmbito assistencial do que aqueles que são de certa forma alienados (SAIDEL, TOLEDO, AMARAL e DURAN, 2007).

Lucchese e Barros (2009) propõem ampliar as discussões sobre a constituição de competência na formação do enfermeiro para atuar em saúde mental. Desenvolver competência profissional requer uma instrumentalização de saberes e capacidades, porém não se limita a essa instrumentalização. As autoras discutem que a formação por competência remete a um processo pedagógico transformador. Transpor esta discussão para o âmbito da formação de enfermeiros para atuar na atenção à saúde mental é somar a emergência de capacitar a área de enfermagem para superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. Esta condição requer mudança do modelo assistencial, da concepção de loucura, de sofrimento mental e das tecnologias terapêuticas (LUCCHESE e BARROS, 2009).

Dito em outras palavras, formar enfermeiros com competência para atuar na atenção psicossocial é contribuir para a efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica, ciente de que este é um processo social complexo, entrelaçado pelas dimensões teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural (LUCCHESE e BARROS, 2009).

Ceccim (2005) destaca a relevância e a viabilidade de se disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

O conceito de EP em saúde deve servir para dimensionar esta tarefa na ampla intimidade e intercessão educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde. Criar um novo dispositivo não deve ser um ato formal, mas de construção, priorizando a educação dos profissionais de saúde como ação finalística - e não apenas de meio (CECCIM, 2005).

De acordo com o mesmo autor, a EP em Saúde constitui uma estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, visando assim ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (2005).

Desta forma, compreende-se que o cuidado na enfermagem psiquiátrica é motivo de estudo e inquietações entre os pesquisadores da área. A literatura mostrou ser necessário criar dispositivos que garantam a implementação de espaços de EP no que concerne ao cuidado da enfermagem psiquiátrica no contexto da saúde mental.

Esta discussão se torna ainda mais relevante e delicada quando o que está em questão é o cuidado da enfermagem exercido em instituições de saúde mental/psiquiatria. Trata-se de

dispositivos de saúde em que não é possível haver assistência ao usuário quando predomina o distanciamento entre ele e o profissional de enfermagem, pois, para atingir satisfatoriamente os aspectos psicossociais do cuidar, é preciso que haja vínculo e investimento na comunicação terapêutica.

Verifica-se, a partir da análise das bibliografias consultadas, as dificuldades vividas pelos enfermeiros para efetivar cuidados de enfermagem psiquiátrica em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

Muitos dos autores consultados enfocam que deve ser discutida a possibilidade de se transformar o processo de trabalho em enfermagem, assinalando que os diversos obstáculos cotidianos podem desencadear ações criativas de mudança, possibilitando melhorias no cuidar a ser tomadas como temática da educação permanente.

Assim, a revisão de literatura aponta para a necessidade de se investir em processos de EP com os profissionais de enfermagem psiquiátrica, voltados para as ressignificações diárias dos processos de cuidar em saúde mental com base nas diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica, visando, dessa maneira, a alcançar o cuidar emancipador, o que reforça a relevância da presente pesquisa.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Essa discussão torna-se ainda mais relevante e delicada quando o que está em questão é o cuidado da enfermagem exercido em um hospital psiquiátrico. Trata-se de um dispositivo de saúde em que não é possível haver assistência ao usuário quando predomina o distanciamento entre ele e o profissional de saúde, pois não se poderão atingir os aspectos psicossociais sem que haja vínculo e aposta em comunicação terapêutica por parte dos profissionais de enfermagem. A prova disso é a conquista da implantação de uma reforma psiquiátrica. Em que pese tal conquista, é inegável a necessidade de se reinventar o cuidado nos processos de trabalho da profissão de enfermagem.

O processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há vários anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização (Daúd, 2000). Considera-se, aqui, a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, no qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal, para colocar em

questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Nesse sentido, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomiais” em sentido físico. Assim, é possível que se opere em transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

O primeiro passo seria renunciar a perseguição da cura e tomar como objeto a existência-sofrimento. A saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos por princípios biomédicos, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam.

Tangente a isso, há a necessidade de tornar verdade para os profissionais da enfermagem este conhecimento da reforma psiquiátrica e as inovações práticas que ela sugere. Portanto, fica clara a necessidade da EP em enfermagem, voltada para ressignificações diárias do processo produtivo em saúde mental e para apostas em cuidar para emancipar.

2.3.1 A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica: mudança de paradigma no cuidar

Para a mudança na assistência de enfermagem psiquiátrica, é fundamental que seja valorizada uma aproximação junto ao sujeito portador de sofrimento psíquico. Se aproximar da história de vida e das demandas apresentadas pelos sujeitos é mais indispensável para a enfermagem do que se aproximar de seu diagnóstico.

Quando há a aproximação com sujeito e a valorização de seu discurso, o fato de auxiliar na conclusão diagnóstica será, na verdade, uma consequência natural – dentre outras consequências, principalmente o cuidado humano em si –, e não algo determinado deliberadamente.

Nesse contexto, torna-se indispensável que, em vez de se valorizar a assistência tecnicista, se valorize a reelaboração da vida, como algo que vai além dos diagnósticos e dos sintomas, em busca de reinvenções em saúde. Assim, é necessário que se repense o processo de fragmentação em que se encontra, pois, tal fragmentação, acaba-se por afastar a produção de subjetividades. Enquanto houver foco de na assistência profissional em saúde apenas tarefas bem delimitadas e protocoladas, restringindo o sujeito a um sintoma ou a determinada

parte do corpo, não conseguir-se-á acessar o que de fato é a assistência de enfermagem em saúde mental.

Desta forma, surgem os seguintes questionamentos: A atuação na saúde mental restringe-se apenas à administração de medicação e garantia da ordem? Ocorre a fragmentação do ser cuidador a ponto de ignorar a produção efervescente que vem da loucura? Qual o sentido que há em querer calar a produção da loucura, isto é, os delírios e alucinações, se o foco da assistência em saúde mental deve ser eminentemente os aspectos subjetivos?

O princípio que rege a Enfermagem é o da responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os sujeitos na conservação e na manutenção da saúde. Sabe-se que os caminhos trilhados para alcançar esse princípio da Enfermagem foram e ainda são percorridos sobre pedregulhos, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com as ambiguidades e com as incertezas. Doar-se faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada desse agir profissional. Nesse contexto, insere-se a Enfermagem Psiquiátrica, que não foge às regras da exploração num caminho ainda mais inacabado (MIRANDA, 1999).

Desde os primórdios da sua existência, a assistência de Enfermagem Psiquiátrica esteve marcada pelo modelo controlador e repressor e suas atividades eram realizadas pelos sujeitos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade. O cuidar significava a sujeição dos internos às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados pelo pessoal de “Enfermagem”, que se ocupava do lugar das religiosas. No século XVIII, a assistência de enfermagem se dava dentro da perspectiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria descritiva de Kraepelin (COSTA, 2007).

O papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas, na época, era o de assistir o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas. Todavia, o conhecimento de que se dispunha sobre os alienados era o do senso comum, ou seja, entendia-os como ameaçadores e, por isso, sujeitos à reclusão.

Vivemos em um momento de intensas transformações no campo da assistência em saúde mental. A implementação das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira tem desenhado um cenário muito rico, como, por exemplo, a possibilidade de se trabalhar em equipes matriciais, em intersectorialidade e com uma assistência terapêutica inovadora.

A constante mutação do real, então, abre infinitas possibilidades de criação e isso é o que faz continuar acreditar que é possível construir novas formas de pensar e de agir perante a loucura.

A partir das décadas de 80 e 90 do século passado, muitos trabalhadores na área de saúde mental têm-se comprometido com a “desconstrução” dos aparatos manicomiais e a construção de novas formas de lidar com a loucura (GOULART, 2006; TAVARES, 2005; AMARANTE, 1996, NASI et al 2009).

No enfoque da mudança de paradigma, fica evidente a modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e de doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a co-participação no processo da reabilitação e a promoção do auto-cuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde.

Ao se reavaliar a assistência de Enfermagem, deve-se fazê-lo numa perspectiva humanista, criativa, reflexiva e imaginativa, considerando como categoria central da profissão o cuidar, compreendido como processo dinâmico, mutável e inovador (LUCCHESI E BARROS, 2009; SANTO, 2009).

A assistência de enfermagem deve adquirir uma postura que coadune com os objetivos da reforma psiquiátrica, que prevê a inserção da comunidade na assistência ao portador de transtornos mentais e sugere a reformulação das práticas assistenciais do modelo da psiquiatria clássica.

De acordo com os pressupostos da psiquiatria democrática italiana, a “produção de vida” é o instrumento dos profissionais de saúde da Reforma Psiquiátrica (JACOBINA, 2000). Para possibilitar essa produção de vida aqueles que assistimos, é preciso, antes de tudo, que se permita olhar para a loucura de outra forma, e todos os dias refazer o olhar, a escuta, o toque. É necessário questionar e descrystalizar nossos próprios papéis para que, só assim, haja a abertura de um espaço para a produção de vida das pessoas em sofrimento mental.

Como conseguir capturar a efervescência que agita os fenômenos moleculares? Ora, se o desejo é processo de produção, não poder-se-ia aproximar deste campo da assistência em busca de executar tarefas padronizadas, que já estariam prontas, à espera. Há que se reconstruir o projeto terapêutico diante de cada sujeito, diante de cada dia, de cada hora (KIRSCHBAUM, 2000).

Sendo assim, faz-se imperativo que se esteja a todo o momento atento para evitar a repetição estéril e o reforço de discursos já instituídos acerca da assistência de saúde mental, sem de fato repensar com profundidade as assistências no cotidiano do cuidado.

É possível desenvolver modos de produção singulares, numa recusa a esta serialização de sujeitos. Este “processo de singularização” leva à construção de uma subjetividade singular através da produção de novos modos de sensibilidade, modos de criatividade e de relação com o outro (GUATTARI E ROLNIK, 1999).

Pode-se utilizar métodos para a assistência em enfermagem psiquiátrica, mas não é possível o congelamento deste método. Uma assistência de enfermagem construída junto a um portador de sofrimento psíquico, na maioria das vezes, não irá englobar uma abordagem assistencial que atenda às demandas de outro sujeito portador.

No cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental é possível presenciar ações de muitos trabalhadores que experienciam novas tecnologias pautadas na noção da assistência a um sujeito que é dotado de necessidades, de desejos e de crenças.

Mas, em muitos momentos, aquilo que um dia chamou-se de cultura manicomial, hoje, se apresenta vestida com outras roupagens. Entre elas, destaca-se um esvaziamento da dimensão subjetiva, existencial e do sofrimento mental, em prol de uma versão fisicalista, eliminativista, reducionista.

Outro aspecto relevante da cultura manicomial é uma consequência da crescente intolerância ao sofrimento, em todas as suas formas, na nossa cultura. A dor psíquica e o sofrimento mental são cada vez menos despídos de uma significação que vai além de um estorvo a ser simplesmente eliminado da forma mais rápida e silenciosa possível.

Tanto o processo de transformação das práticas em saúde mental quanto a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial implicam mudanças de âmbitos teórico, jurídico e sócio-cultural, passando pelo campo da construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas assistenciais em saúde mental, como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais.

Entende-se que mudar os muros físicos do manicômio não é suficiente, se isso não vier acompanhado de uma mudança no nosso modo de perceber e, conseqüentemente, agir perante a loucura.

Ainda há muitos profissionais de saúde que se empenham em desenvolver uma estratégia capaz de restabelecer relações com a loucura, mas chancelando-a como doença,

observando-a para estudá-la, dominando-a para tratá-la. Tudo isso em prol do desenvolvimento de um corpo teórico de conhecimentos que possa dar conta de comprovar, cientificamente, o mecanismo do funcionamento mental.

Na assistência de enfermagem, devem ser usados todos os recursos terapêuticos que estiverem ao alcance dos profissionais para diminuir a dor e o sofrimento do portador de sofrimento psíquico. O problema não está aí. Está no fato de que qualquer cuidado visa não apenas a evitar o sofrimento desnecessário, mas também a criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que, na vida subjetiva, muitas vezes é da ordem do inevitavelmente doloroso.

E, nesta nuance, é preciso e necessário que os profissionais de enfermagem aproximem-se do sujeito portador de sofrimento mental e que se permitam, com ele, aprender a cuidar de acordo com história dele, com suas dores subjetivas, com suas escolhas, com suas dificuldades e com suas – ainda que tão provisórias e peculiares – conquistas.

2.4 COMPROMISSO SOCIAL DO ENFERMEIRO

Faz-se necessário falar em compromisso social das práticas em saúde. Isto porque a capacitação não deve demandar apenas de questões individuais de atualização, e sim basear-se em problemas da organização do trabalho, “considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização”(MS, 2003).

Práticas dotadas de integralidade e humanização envolvem, antes de tudo, práticas dotadas de compromisso social. O compromisso social refere-se às próprias implicações sociais em se fazer valer as conquistas da Reforma Sanitária e/ou do Sistema Único de Saúde (SUS). Diz respeito à qualidade e humanização das práticas, com o acolhimento e vínculo com os usuários, aspectos considerados fundamentais para a transformação dos modos hegemônicos de fazer saúde e para a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Um profissional comprometido com o social é aquele situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos, que condicionam seu modo de estar no mundo. Este sujeito poderá transformar-se, desejar e ousar a mudança. Somente estando-se situado, é possível sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo, pode comprometer-se, ser um ser da práxis. Isto mostra que o compromisso social requer um sujeito capaz de construir um saber crítico sobre si mesmo, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo (MARTÍN-BARÓ,1997).

Semelhante a isso, trazida por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), é a noção de “operadores”, que são pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida. O “operador”, na perspectiva destes autores, volta-se para a qualidade do cuidado e para a criação de estratégias de modificação da realidade dos usuários. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) sugerem que o cuidado deve ser banhado de acolhida e responsabilidade pela atenção integral da saúde coletiva e individual.

Compreende-se que esse compromisso passa pela questão de se debruçar no viver do outro, na troca durante o cuidado, em se fazer cumprir sua profissão e sua condição de cidadão consciente, na aposta que se faz, na construção de um espaço comum entre cuidador/ser cuidado.

As mudanças no mundo do trabalho refletem, para Antunes (2000), uma dimensão fenomênica que se apresenta sob a forma da reestruturação produtiva em suas múltiplas variantes concretas (material e ideológica) no sistema de produção das necessidades sociais e auto-reprodução do capital. Dessa dimensão emerge um aspecto estrutural, da crise do capital que resulta no conjunto de respostas mais imediatas à lógica destrutiva do capital e seus efeitos nefastos para o metabolismo social.

Considerar esse contexto nesta pesquisa é extremamente valioso no que tange ao compromisso social da profissão de enfermagem, visto que essa realidade interfere diretamente na execução da qualidade das práticas em saúde.

O cuidado prestado reside em cada um dos integrantes da equipe de enfermagem, sendo influenciado através dos desejos, necessidades e satisfações destes integrantes que executam este cuidado, considerando-se, inevitavelmente, também a satisfação de um conjunto de necessidades dos usuários do SUS (ALMEIDA, 2007).

A conduta humana é enfocada a partir de um projeto que o homem se propõe a realizar (Fernandes, 2007). E as características desse projeto dependem do objetivo que se pretende alcançar com a ação; ou seja, há uma relação entre a orientação para a ação futura e o motivo pela qual será realizada (FERNANDES, 2007).

Fernandes (2007) afirma que esse projeto a ser realizado é delineado pelas mudanças, e é estruturado pelos valores. Aponta, ainda, que estes valores são, em parte, abstrações desejáveis pelos indivíduos, mas também produto de uma cultura e organização social. E a cultura que é construída dentro desta profissão dita o motivo pelo qual ela é praticada, aponta para onde ou de que forma caminhará sua essência.

3. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ANÁLISE INSTITUCIONAL¹

“As instituições criam certezas e, desde que sejam aceitas, eis o coração apaziguado, a imaginação acorrentada”.
Illich

A Análise Institucional (AI) é um campo de conhecimento, formado a partir da psicanálise, ciências sociais e filosofia. Articula um instrumental de análise e intervenção em instituições, com objetivo de potencializar grupos e comunidades para processos de mudança. É um processo permanentemente em construção, autocrítica e reformulação versáteis dependentes do devir e não um saber instituído, cristalizado, estático como uma teoria científica, por exemplo.

Lapassade (1989) explica que a AI pretende aniquilar o desconhecimento do sentido estrutural de seus atos, do que determina suas opções, suas preferências, rejeições, opiniões, aspirações, pela ação de um grupo hegemônico, através das mediações institucionais que penetram em toda a sociedade.

Toda a sociedade é regulada por instituições. A AI nomeia como instituições os processos que existem na organização (normas, leis, lógicas reguladoras, escritas, ou não). Algumas regras são claras, como as escritas. Outras são “invisíveis”, mas também regulam os grupos. Determinada organização pode ser atravessada por diversas instituições (educação, relações de poder, funcionamento, dentre outras). As instituições moldam uma organização.

Os propósitos da AI apóiam-se fundamentalmente nos processos de auto-gestão e autoanálise, no fazer consciente dentro do possível a cada ato do cotidiano e na busca

¹ Vale esclarecer que, ao longo deste sub-capítulo, fiz uso de alguns conceitos tanto da esquizoanálise quanto da socioanálise, visto que poderão contribuir para melhor compreensão do objeto de estudo em questão.

constante dessa consciência com o objetivo de se ser produtivo e "vacinado" contra os abusos de poder, alienação, manipulação.

Embora aparentemente simples, o grau de sua complexidade é proporcional a sua flexibilidade e expectativa de possibilidades e limitações imprevisíveis inéditas, ousando arriscar na aposta da invenção de soluções a qualquer tempo e lugar. Não há relação alguma com anarquia de técnicas, mas, ao contrário, demanda um senso de curiosidade e estudo amplo e constante do máximo de técnicas e teorias possíveis para que haja uma preparação satisfatória pra tal arriscado campo prático (ALTOÉ, 2004).

Muitos acontecimentos em uma organização não são revelados. Neste sentido, a AI permite que se ouça o inaudível, aspectos até então não percebidos através de instrumentais tradicionais. A AI reconhece um inconsciente, instância que opera fortemente no funcionamento da organização, mas que não é revelado (Altoé, 2004). A instituição está disciplinando os grupos na organização, mas nem sempre isto é visível (instituições no inconsciente da organização).

Em uma organização, muitos aspectos ficam neste inconsciente, que só serão acessados através, por exemplo, da AI (e não em qualquer tentativa de acesso). Os aspectos inconscientes são assim chamados por serem naturalizados no cotidiano (BAREMBLITT, 2002).

A divisão social e técnica do trabalho e do saber consiste em separar e colocar escalas de valores entre tarefas corporais e intelectuais, tarefas do campo e da cidade, tarefas masculinas e femininas, entre outros, e conseqüente subordinação de uns a outros e frequentes abusos conforme a valoração dominante estipulada, detentora dos recursos, o que gera constantes conflitos e faz surgir a necessidade e utilidade do movimento instituinte. Esse aparece através das atividades críticas, inventivas e transformadoras, parte do devir das potências e materialidades sociais para a otimização das organizações (BAREMBLITT, 2002).

O instituído define o funcionamento da organização e não se revela (por ser naturalizado). A AI contribui para a percepção de aspectos que regulam os grupos. Fortalece e dá potência aos grupos dentro das organizações (Altoé, 2004). Vem mostrar as instituições que regulam o comportamento dos grupos sociais (inclusive o que está como inconsciente ou naturalizado). Desta forma, a AI pretende compreender o inconsciente que opera na organização para poder, a partir daí, modificá-la por movimentos instituintes.

O instituído é a instituição engessada, que nega o saber social. Ele resiste às mudanças. Já o instituinte é um movimento de mudanças na instituição. Ou seja, o instituinte

rompe o instituído em busca de uma subjetivação livre. Isto é fundamental, porque a realidade dos grupos não é homogênea, já que se trata de produção humana (Lourau, 1993). Neste contexto, nota-se a necessidade de movimentos instituintes constantes, abrindo linhas de fuga, operando-se práticas inovadoras.

Uma prática instituinte pode ter força social que a torne instituída. Isto dependerá de muitos aspectos. Dependendo da organização, o instituinte pode ser reprimido, capturado, marginalizado ou se tornar instituído. Muitas vezes, isso ocorre sem a consciência dos grupos que operam a prática instituinte (LOURAU, 1993).

Um instrumento valioso da AI é o analisador, o qual se caracteriza como fenômeno de aspecto histórico, natural (que diz respeito naturalmente a uma situação de tensão) ou construído (dispositivo experimental), que introduz a instituição em uma crise vivenciada por um grupo, por uma organização ou por uma sociedade inteira. Aqui, analisador significa os elementos que, em razão das contradições de diferentes tipos, se introduzem na lógica da organização e permitem enunciar as determinações da situação (Altoé, 2004). Como exemplo, pode-se citar um sub-grupo desviante: simplesmente com sua presença, ou por seu discurso, ou por sua ação, provoca outros membros ou sub-grupos do coletivo a se expressarem (ou ocultar certas coisas), a exercerem pressões, ou mesmo uma repressão reveladoras das relações de poder real (ALTOÉ, 2004).

Mas, se não existe crise, como fazer uma análise institucional? Então, “dê um jeito para que ela ecloda” (Altoé, 2004, p. 125). A AI coloca a crise como algo potente se houver diálogo com disponibilidade interna para mudança, descristalizando determinados saberes e verdades.

No âmbito da AI não se coloca a questão do como, do porquê, mas para quem isso serve, quem se aproveita disso, quais os interesses em jogo.

Transversalidade é um conceito fundamental para se explicar as dinâmicas institucionais. A instituição não está isolada dos conflitos da sociedade global. Ela é atravessada pelas pertinências respectivas de seus membros aos grupos, categorias, ideologias, pertinência que são diferentes daquelas da instituição.

A regra de “tudo dizer” consiste, por meio das sessões, em restituir, em recuperar o “não-dito” da instituição (a história, os rumores, os segredos da organização) e, também, os pertencimentos sociais externos que atravessam essa unidade social. Este projeto de restituição das “verdades escondidas” enfrenta, efetivamente, obstáculos ou resistências que são analisados como reveladores da estrutura institucional e do não-saber que rege e determina o seu funcionamento (ALTOÉ, 2004).

A AI pretende revelar aos grupos disciplinados as forças que os estão disciplinando. Se estas forças não forem notadas, os grupos serão sempre marionetes da hegemonia. Assim, a AI é um instrumento que fornece a capacidade de se analisar a realidade e de intervir sobre ela, compreendendo e modificando os processos de captura. A AI quer revelar o funcionamento. Não visa revelar o funcionamento em superfície, mas sim em sua profundidade, para que não se produza uma falácia.

Assim, trata-se de uma maneira estratégica de entender o que são as relações instituídas, bem como a forma de agir sobre elas, na luta pela libertação da palavra social dos grupos.

Segundo Baremlitt (2002), os institucionalistas efetuam, através da análise, vários tipos de diagnósticos – sempre provisórios – da estrutura, da dinâmica, dos processos, das contradições principais e secundárias, opositivas e antagônicas, dos conflitos, das defesas, dos mecanismos, das magnitudes de produção, da reprodução e anti-produção, dos analisadores, das potências, dos poderes, dos territórios, das linhas de fuga, dos equipamentos, dos dispositivos da área ou organização intervinda. O diagnóstico é importante para, justamente, instituir, organizar, planejar, antecipar, decidir os passos, que comentar-se-ão em seguida, tais como os seguintes: contrato, estratégia, logística, táticas, técnicas. Isso sem esquecer que boa parte do percurso é imprevisível.

“Procedimentos interpretativos, informativos, esclarecedores, de sensibilização, de expressão, de discussão, agenciamentos artísticos, desportivos, convivências, lúdicos, praticados em grupos e em assembleias podem ser adotados segundo as circunstâncias” (BAREMBLITT, 2002, p.67).

Vale reforçar a importância da auto-gestão e da autoanálise no institucionalismo, que são dois processos simultâneos e articulados. Isso porque autoanálise, para as comunidades, significa a produção de um saber, do conhecimento acerca de seus problemas, de suas condições de vida, suas necessidades, suas demandas e, também, de seus recursos. Mas, até para que a auto-análise seja praticada pelas comunidades, elas têm que construir um dispositivo no seio do qual essa produção seja realizável. Elas têm que se organizar em grupos de discussão; têm que se dar condições para produzir esse saber e para desmistificar o saber dominante. Ao mesmo tempo, tudo o que elas descobrirem neste processo de auto-conhecimento só terá uma finalidade: a de auto-organizar-se para que possam operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, a resolver seus problemas. Mas não pode haver uma organização sem um saber; não pode haver um

saber sem uma organização. São dois processos diferenciados, mas eles são concomitantes, simultâneos, articulados (BAREMBLITT, 2002).

O Institucionalismo tende a não privilegiar *a priori* nenhuma determinação mais que outra. São tão importantes as vontades, os desejos e as representações com que os homens entram nos processos históricos quanto as estruturas "materiais", econômicas, políticas ou naturais que os determinam. Mas, a partir da contribuição psicanalítica, sabe-se que as vontades, os desejos mais potentes que dirigem a conduta ou a vida dos homens, são inconscientes, não fazem parte de seu saber, de seu querer deliberado (BAREMBLITT, 2002).

Isso significa que os homens entram nos processos históricos e sociais determinados por forças desejantes, por vontades que eles não conhecem, mas que tem a ver com o prazer, com o sofrimento e com vivências e mecanismos subjetivos ainda mais profundos.

A partir de Reich, o grande psicanalista marxista, interroga-se constantemente porque, em lugar de colocar-se o problema de que ocasionalmente os operários estejam em greve ou que circunstancialmente os soldados se rebelam contra seus superiores, não se pergunta por que os operários não estão sempre em greve, porque os soldados não se unem para executar definitivamente seus superiores (Stolkiner, 2005). Por que os povos atuam contra seus reais interesses e vontades?

Então, não se trata apenas de dizer que o fazem por medo, porque os acontecimentos históricos demonstram que os povos quando se mobilizam não têm medo de nada e têm consciência de sua potência. Não se trata também de dizer apenas que os povos são ignorantes, porque, se é certo que o sistema se ocupa de manter os povos ignorantes, já se tem visto processos históricos em que os povos são capazes de produzir um saber acerca de suas condições de existência, que não precisa passar pelo saber transmitido pelos meios de divulgação, nem necessita submeter-se ao saber acadêmico. Os povos checam seu próprio saber sobre suas condições de vida na luta cotidiana pela transformação desses campos de existência e levam à frente movimentos de incalculável potência social, sem apelar para os saberes instituídos e estabelecidos (STOLKINER, 2005).

Então, de acordo com Barembritt (2002), o importante a ser reconhecido é a existência dessas forças inconscientes que o Institucionalismo denomina desejo, por ressonância ou por uma re-elaboração do conceito de desejo inconsciente da Psicanálise. Segundo o mesmo autor, a diferença consiste em que o desejo inconsciente em Psicanálise

está sempre relacionado com uma estrutura chamada Complexo de Édipo: é um desejo que atua primeiro na vida familiar, nas relações ou nas fantasias incestuosas ou parricidas do inconsciente infantil e que, depois, se translada para a vida social com as mesmas características. O desejo segundo a Psicanálise é um impulso que tende a reconstituir estados perdidos a se realizarem em fantasmas imaginários, é uma tendência reprodutiva, é um anseio que tende a restaurar o narcisismo. O desejo no Institucionalismo não tem essas peculiaridades.

Baremlitt (2002) explica que o desejo do Institucionalismo é imanente à produção, é o aspecto subjetivo (mas não apenas psíquico) da mesma força que no social é o instituinte. É uma força que tende a criar o novo, entendido como o imprevisível, é uma força de invenção e não é uma força restauradora de estados antigos. Mas é inconsciente. Só que este inconsciente não se entende exclusivamente como um inconsciente edipiano, familiarista, repetitivo, mas também como um inconsciente pré-pessoal, pré-social e pré-cultural, objeto de um saber que toma elementos de todos saberes existentes; trata-se de matérias não-formadas e energias não-vetorizadas que são capazes de gerar transformação. O referido autor defende que a força desse inconsciente não está submetida apenas por um recalque psíquico, mas por um recalque complexo que é simultaneamente político, libidinal, semiótico.

Então, a literatura saliente que, para o Institucionalismo, não existe o que seria um homem universal, não existe uma estrutura, uma essência-homem. Também não existe uma estrutura, uma essência-sujeito, um sujeito psíquico que seria o mesmo em todas as sociedades, em todos os momentos históricos, em todas as classes sociais, em todas as raças, etc. O que se passa é que esse sujeito psíquico, mesmo que se aceite como sendo universal, teria representações ou teria recursos que variariam segundo a sociedade, segundo a classe social ou o grupo a que pertencesse. Para o Institucionalismo, não existe esse sujeito eterno e universal, apenas preenchido com conteúdos históricos sociais variáveis; o que existe são processos de produção de subjetivação ou de subjetividade.

Ou seja, produzem-se sujeitos em cada acontecimento-devir-sujeitos para esse acontecimento-devir, sujeitos variavelmente protagonistas desse acontecimento, ou, se pode dizer, é o acontecimento-devir que os produz. E podem existir analogias, podem existir semelhanças entre esses sujeitos. O que importa não é a produção das semelhanças ou de analogias entre os sujeitos, mas a produção de diferenças, a singularidade de cada sujeito produzido em cada lugar, a cada momento (BAREMBLITT, 2002).

Então, quando nessa produção predomina o instituído, a reprodução de um sujeito do desejo assujeitado aos interesses dominantes, aos interesses exploradores, aos interesses mistificantes, ele adota as características de um sujeito mais ou menos universal e eterno. A isso se chama produção de subjetividade assujeitada, subjetividade submetida. Quando o que predomina neste processo é a geração do novo absoluto, de subjetivação absolutamente original, absolutamente singular, absolutamente instituinte, absolutamente contingente, circunstancial e gerada pelos eventos revolucionários, a isto se chama produção de subjetivação livre, não assujeitada, produtiva, revolucionária, em que o desejo se realiza gerando o novo, não se concretiza restituindo o antigo, processa-se não reproduzindo o instituído, o organizado, o estabelecido, mas se realiza gerando o instituinte e o organizante (BAREMBLITT, 2002).

Na leitura que a AI vai fazer de cada organização, de cada estabelecimento, movimento ou proposta, ela vai privilegiar dispositivos que são capazes de produzir subjetivações. E não vai privilegiar, a não ser para denunciá-los, a leitura de aparelhos ou equipamentos que estão destinados a produzir a reprodução de subjetividades submetidas.

Agora, resumir-se-á, a partir de Barembritt, a posição de Lourau, Lapassade e seus companheiros – que são, senão os criadores exclusivos, pelo menos os que desenvolveram esta proposta que se chama Análise Institucional. Tentando outra vez uma síntese, que por tratar de ser clara pode resultar empobrecedora, diz-se o seguinte:

Para a Análise Institucional, uma sociedade está ordenada por um conjunto aberto – quer dizer, não totalizável – de instituições. Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Essas lógicas podem estar formalizadas em leis, em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como costumes, quer dizer, como hábitos não-explicitados. As citadas lógicas se concretizam ou se realizam socialmente em formas materiais ou "corporificadas" que, segundo sua amplitude, podem ser: organizações, estabelecimentos, agentes, usuários e práticas. Cada instituição é universal, ou seja, indispensável para toda e qualquer sociedade, mas para realizar-se em suas formas concretas passa por um momento de particularidade e outro de singularidade única e irrepetível (BAREMBLITT, 2002, p. 79).

A Análise Institucional não é, então, um super-saber ou um meta-saber absoluto que poderia dar conta de todos os desconhecimentos, positivando de uma vez por todas o tecido social. Pelo contrário: trata-se de uma investigação permanente, sempre lacunar e circunscrita de como o não-saber e a negatividade operam em cada conjuntura.

No presente projeto de pesquisa, toma-se Educação Permanente como dispositivo, no contexto da AI. Neste contexto, entende-se por dispositivo, a montagem de elementos extraordinariamente heterogêneos que podem incluir ‘pedaços sociais’, naturais, tecnológicos e até subjetivos. Um dispositivo caracteriza-se pelo seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo. Um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona, gerando acontecimentos revolucionários, transformadores (BAREMBLITT, 2002).

Embora seu tamanho e duração sejam tão variáveis quanto as materialidades que o compõem, têm a peculiaridade de nascer, operar e extinguir-se enquanto seu objetivo de metamorfose e subversão histórica se realizam. Um dispositivo, em geral, não respeita, para sua montagem e funcionamento, os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa, conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera, assim, o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas. Nesse sentido, é óbvio que os dispositivos, também chamados agenciamentos, têm a ver com a transversalidade e, num sentido restrito, com o instituinte-organizante. Um dispositivo não é uma obra de indivíduos ou sujeitos, ele os inclui, os constitui e os ‘máquina’ para concretizar suas realizações (BENEVIDES de BARROS, 1991).

“Ao invés de ‘indivíduos’ pensamos em formas de subjetivação temporárias e múltiplas. Ao invés de ‘grupos como novas identidades’, transformamo-os em dispositivos analíticos, máquinas de decomposição de unidades” (BENEVIDES de BARROS, 1991, p.12).

O que Guattari (2000) propõe, tanto como tema de investigação, de pesquisa, como forma de atuação ética, como forma de militância política, é a construção de dispositivos que tenham em conta essa potência produtiva do caos, do acaso, e elaborem estratégias e técnicas destinadas a produzir formações complexas no seio do acaso. Isto quer dizer formações mais

ou menos ordenadas, mas com uma ordem elástica, com uma ordem fraca, que permita o efeito produtivo, que permita a emergência do caos criador.

Quando ele (Guatarri) fala dessa ordem em um movimento de desordem – que é uma ordem que não quer dizer normatização, o que se faz com a angústia que se sente perante a perda da certeza e da segurança que é dada pelo Instituído?

Na concepção de Deleuze e Guattari, a angústia é produto da antiprodução, que o mundo do instituído e do organizado exerce sobre nossas forças físicas, psíquicas e sociais. Em consequência, é um efeito indesejável e contornável. Para eles, o que está em questão não é uma receita contra a angústia. O que está em questão é o uso de dispositivos destinados a propiciar a revolução inventiva dos processos produtivos.

Mas, se essa angústia exprime um mal-estar perante a possibilidade da perda e da destruição de coisas que não fazem bem, a receita contra a angústia é o entusiasmo, e, como dizia Espinosa (2004), as "paixões alegres". É a plena certeza de que o que está sendo libidinalmente feito vai ser melhor, porque é novo.

Uma vez mais quero afirmar que a Análise Institucional não pretende fazer milagres. Apenas considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral. A teoria da implicação, nós veremos, tem qualquer coisa que flerta com a loucura (Lourau, 1993, p.19).

4. METODOLOGIA E MÉTODO

“... pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas”. (MERHY, 2005).

4.1 PRODUÇÃO/COLETA/ANÁLISE DOS DADOS – A CARTOGRAFIA

Este estudo teve uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Na Análise Institucional (AI) a coleta e a análise de dados ocorrem de forma simultânea. Construindo-se uma cartografia dos processos educativos que ocorrem no cenário estudado através dos conceitos de autoanálise, auto-gestão, analisador, análise das implicações e tríade instituído-instituente-institucionalização compreende-se que a descrição da produção, coleta e análise dos dados foram feitas simultaneamente, considerando que uma alterou a outra (coleta e análise). Enquanto o pesquisador coletou/produziu os dados, ele modificou a realidade, e enquanto ele promoveu análise, ele produziu dados novos a serem coletados.

Nesse sentido, remete-se a Lourau (1995), que diz que o surgimento de uma crise é a condição para se fazer uma AI e que a análise não é o oposto da ação; a ação é a análise, ou seja, o fato de se colocar em questão esses processos educativos – não só da profissão de enfermagem, mas de muitos outros que possam surgir no encontro – já é ação. Outra pontuação válida, na linha de pensar a cartografia e a análise, seria com relação a uma passagem do texto de Rolnik (1989) que atesta que o cartógrafo – que não “revela” sentidos, mas os “cria” – também pode ser chamado de “psicólogo social” – quando se quer enfatizar que psíquico e social andam juntos –, ou de “micropolítico” – quando sublinhamos o aspecto político da prática –, ou de “analista das formações dos desejos no campo social” ou “analista do desejo” – quando se trata de associar com a Psicanálise e “contaminar o cartógrafo e o micropolítico com o *know-how* da escuta psicanalítica do invisível e, inversamente, contaminar o psicanalista com a sensibilidade do cartógrafo micropolítico à relação entre o desejo e o social” (ROLNIK, 1989, p. 75) – ou, por fim, de “esquizoanalista” – quando a

intenção é frisar a análise do desejo nas suas linhas de fuga.

Rolnik coloca que o “analista cartógrafo” toma emprestado de Freud a escuta de cartógrafo, ou seja, o analista, sendo alguém já iniciado, pode dar língua ao movimento invisível dos afetos (ROLNIK, 1989). Contudo, é importante frisar que Rolnik (1989) diz ser a análise ilimitada, não se chegando nunca a um “ponto de embarque, ponto de origem, terra natal” (p. 81) e o analista cartógrafo deve se perguntar sobre o modo de produção de subjetividade em que sua escuta se dá, ou seja, não considerar de antemão, por exemplo de analogia, o modelo da histórica da psicanálise, mas pensar que figura de mulher está aparecendo em sua clínica.

A Cartografia não é uma resenha de outros instrumentos, nem um esforço por recolher todas as informações possíveis. O produto que se busca, com sua aplicação, é uma totalidade originada em contribuições que possibilitem a indicação de melhores caminhos de superação daqueles focos considerados problemáticos. Seu maior objetivo é facilitar a “localização”, a identificação, ou melhor, servir de referência para a ação sobre pontos críticos (LOCH, 2006).

Ceccim e Ferla (2005) apontam os recursos cartográficos como uma boa opção para a sistematização da pesquisa em saúde, sendo uma forma de qualificar a escuta às demandas, em como para o ensino e aprendizagem na área. Esta metodologia nos abre a possibilidade de sistematização de conhecimentos úteis para a atuação em saúde.

A cartografia vai registrando as transformações da paisagem, além de combinar e integrar a geografia e a história dos elementos do percurso, seus contornos e seu processo de transformação. Ela abre a possibilidade para uma diversidade de recursos e técnicas mais ampla do que a investigação tradicional, bem como de abordagens que podem gerar estranheza à pesquisa, tal como vem sendo apresentada desde a modernidade (CECCIM e FERLA, 2005).

Salienta-se que a cartografia como método torna a dissertação não o ponto final de um trabalho, mas sim o caminho que se delineia até sua conclusão. É um processo constituinte no qual nenhuma forma é dada como pronta e tudo está em vias de criação e construção. Nesse sentido, cartografias são sempre provisórias, funcionais até o momento em que novas cartografias, ou seja, novas paisagens tomem forma. Portanto, o mapa que se constrói e os processos de cuidar observados são, antes de qualquer coisa, o registro de um percurso seguido, de uma escolha feita em determinado momento, podendo ser modificável a cada novo olhar que se lançar sobre o fenômeno e admitindo múltiplas entradas e saídas.

Um ponto importante a destacar é o caráter dinâmico da “Cartografia”. Ao oferecer-se,

não se propõe a criar um sistema de interpretação definitivo sobre determinada realidade, mas de abrir leques compreensivos sobre os aspectos que aparentemente se manifestam de maneira isolada, mas que guardam profunda interrelação uns com os outros. Mais do que simples compilação de múltiplos dados, portanto, a Cartografia é narrativa (LOCH, 2006).

A “Cartografia” não pretende, é bom destacar - determinar relações de causalidade entre manifestações e situações ou eventos, mas examinar criticamente o revelador entrecruzamento ou os entrelaçamentos entre as diferentes experiências da história singular e coletiva de sujeitos, num determinado contexto. Podemos admitir tratar-se de uma cartografia *fractal*, na medida em que reconhece os ambientes de trabalho como sistemas complexos, nos quais se manifestam inter-relações não lineares, de múltiplas determinações, tais como a história de vida dos sujeitos, as diversas demandas psicológicas, a organização do trabalho, o contexto social e cultural, as condições de realização das tarefas e muitas outras. São elementos que "se reclamam, tem saudade um do outro" (Milano, 1999). Busca-se o efeito da inter-subjetividade, ancorada na comunicação, na inteligência coletiva, nas relações de poder, na convivência compulsória, nas atividades prescritas e reais, etc.

Trata-se, fundamentalmente, de um esforço na direção de sua capacidade explicativa global, em que contribuições diversas desvelam-se umas às outras, complementando a re-colocação da realidade vivida.

Nessa espécie de "tecelagem etnográfica", busca-se um desenho sem retoques de um todo vivido, mas nem sempre visível para seus sujeitos. Não se busca uma síntese, tampouco alguma espécie de sincretismo, mas a expressividade proporcionada pelas inter-relações (COULON, 1995).

Ceccim e Ferla (2005) apontam os recursos cartográficos como uma boa opção para a sistematização da pesquisa em saúde, sendo uma forma de qualificar a escuta às demandas, bem como para o ensino e aprendizagem na área. Esta metodologia nos abre a possibilidade de sistematização de conhecimentos úteis para a atuação em saúde. A cartografia vai registrando as transformações da paisagem, além de combinar e integrar a geografia e a história dos elementos do percurso, seus contornos e seu processo de transformação. Ela abre a possibilidade para uma diversidade de recursos e técnicas mais ampla do que a investigação tradicional, bem como de abordagens que podem gerar estranheza à pesquisa, tal como vêm sendo apresentada desde a modernidade (CECCIM; FERLA, 2005).

Alguns estudiosos contemporâneos vêm chamando de cartografia o acompanhamento de um processo em contraposição à descrição e análise de fatos já constituídos (DELEUZE E GUATTARI, 1997; KASTRUP, 2002, 2007; ROLNIK, 2007).

Suely Rolnik (2007) assim caracteriza a cartografia:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (ROLNIK, 2007, p. 23).

Para tanto, é necessário ao cartógrafo um instrumental bastante minimalista, em vez de um extenso protocolo normatizado. Este tipo de pesquisador leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações, este último sempre aberto a redefinições (ROLNIK, 2007).

Ao cartografar, busca-se produzir um mapa que acompanhe os movimentos de composição e desmanche das diferentes paisagens presentes no território que se propõe a explorar. Mais do que uma metodologia, a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto numa perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão (KIRST e GIACOMEL, 2003).

Esse método indica uma direção ou um caminho a ser percorrido e coloca os profissionais de enfermagem engajados com o concreto. Seu caráter circunstancial permite visualizar os pontos de congelamento da capacidade normativa, os limites que urgem a experimentação, a intervenção que desestabiliza e articula fragmentos para a criação de novos territórios existenciais (PASSOS e BENEVIDES, 2003).

Para tanto, será preciso ponderar qual a postura de um “pesquisador-cartógrafo” nos seus encontros com os sujeitos da pesquisa. Um primeiro aspecto trabalhado na pesquisa é o de não olhar de modo maniqueísta o cenário e os sujeitos do estudo. Privilegiaremos os encontros, os espaços onde interagem saberes, práticas, sensibilidades, experiências e novas experimentações.

Ressalva-se que, do mesmo modo que Mairesse e Fonseca (2002), acredita-se que o compromisso com a vida é o que consta como cláusula principal no contrato do

cartógrafo/pesquisador. É somente a partir do compromisso que se possibilitam a apreensão destas conexões, a escuta dos ruídos e a visão das sombras. É no suporte à vida que se percebe quais intensidades pedem passagem, qual o índice de abertura, de devir, de acolhimento a novos encontros e a novas experiências que permitem a desterritorialização de campos inférteis, onde o único esboço de vida é o do mesmo, daquele que ainda persiste, mesmo na iminência de cair na escuridão. E, “no compromisso com a vida, é também tarefa do cartógrafo social fazer deste esboço um desenho, desvendar outras linhas, potencializar novas formas” (MAIRESSE e FONSECA, 2002, p.115).

O rigor do estudo foi assegurado pela coerência, originalidade, credibilidade e segurança (POLIT e HUNGLER, 1995).

O método utilizado nesta pesquisa foi a AI, uma abordagem que busca a transformação das instituições a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos. Pode-se dizer que há grande potencialidade para o crescimento da utilização do seu instrumental no campo da Educação Permanente (EP) em saúde mental, considerando as dimensões da pesquisa, da intervenção e da formação dos profissionais. A tudo isso, acrescenta-se a análise dos próprios processos educativos em enfermagem como instituição complexa, contraditória, sendo eles mesmos – os processos educativos – atravessados por inúmeras instituições. Assim, pretende-se que seja utilizada a AI desde a análise das implicações como pesquisadora, até o grupo focal, tendo-se ele próprio como um instrumento analisador e também uma forma de se fazer EP.

O método da AI permeou toda a coleta e análise de dados desta pesquisa, que, aliás, pela AI se faz análise enquanto se coleta e vice-versa. Uma análise, realizada pelo processo de reflexão, não pode ser descontextualizada, muito menos aprisionada em leituras estáticas ou atomizadas que não contemplam o movimento constitutivo do próprio sujeito e do real.

A intervenção é impensada sem análise. Há intervenções sem análise, que são as normativas, e que terá resultados duvidosos. Por isso, no institucionalismo, não há intervenção sem análise e vice-versa.

Assim, um importante instrumento da AI é a análise de implicações do pesquisador. A posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa, as relações que estabelece como os sujeitos de sua investigação, os efeitos que estas relações produzem em suas observações, a possibilidade de que a análise dos dados seja enriquecida ou deturpada por tais efeitos não são questões pouco controversas para o debate científico. Ao contrário, poder-se-ia tomá-las, precisamente, pelo que remetem ao problema da objetividade *versus* neutralidade do trabalho de investigação, como uma espécie de “tendão de Aquiles” na história da ciência.

E é no contexto do projeto em que se insere a pesquisa-intervenção que a análise de implicação merece ser destacada.

Opondo-se ao intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional trata do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história. (COIMBRA, 1995).

O problema relativo à participação ativa das pessoas implicadas com uma pesquisa e da interferência dos dispositivos de investigação nos processos observados só pode ser concebido como um problema de pesquisa com a superação das pretensões de neutralidade e objetividade tão promulgadas pelo paradigma positivista nas ciências.

O intelectual implicado procura não se retirar dos efeitos analisadores do dispositivo de intervenção, já que ele “se define pela vontade subjetiva de analisar até o limite as implicações de seus pertencimentos e referências institucionais” (Lourau, 2004, p.147) ao colocar no centro da investigação aquilo que os neutralistas julgavam como lixo ou inconvenientes da investigação científica.

O que tantos esforços teóricos parecem indicar é que o lugar de passividade a que as pesquisas convencionais sentenciavam os sujeitos da investigação estaria inequivocadamente abalado a partir do questionamento da distância estabelecida na pesquisa convencional entre os sujeitos envolvidos no ato de pesquisar. Com isto, flexibilizam-se também as exigências de neutralidade na busca de informações e o rigor dos instrumentos na busca de objetividade, o que tem seus reflexos em termos de procedimentos metodológicos: os levantamentos de dados passam a incluir observações participantes, os questionários ampliam a abrangência de suas questões, cresce o interesse pela análise do discurso e a restituição de resultados aos entrevistados é integrada aos procedimentos de investigação.

Começa a ser fomentada a ideia de uma abordagem aos fenômenos sociais que coloca em xeque o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de pesquisa. A crítica ao viés por vezes missionário que facilmente se associa à finalidade conscientizadora e sensibilizadora da pesquisa-ação fornece o substrato crítico necessário à formulação da pesquisa-intervenção. Rodrigues e Souza entendem o diferencial da pesquisa-intervenção em relação às “versões positivistas ‘tecnológicas’ de pesquisa” precisamente na dissociação operada por essas últimas entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos, pois, para as

autoras, “trata-se, agora, não de uma metodologia com justificativas epistemológicas, e sim de um dispositivo de intervenção no qual se afirme o ato político que toda investigação constitui” (RODRIGUES e SOUZA, 1987, p.31).

Barbier (1985) explica a importância do engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atuais nas relações de produção e 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 de conhecimento.

Enquanto a pesquisa-ação fundamenta-se na necessidade de que o agir seja planejado para que sujeitos da pesquisa modifiquem o objeto de pesquisa, para que suas ferramentas teóricas surtam efeitos sobre o campo prático, no projeto político da pesquisa-intervenção, o que temos é “o reequacionamento da relação sujeito-objeto e o redirecionamento da relação teoria-prática” (RODRIGUES e SOUZA, 1987, p.31).

É preciso analisar com profundidade as contradições que se ocultam na realidade, superando o que Kosík chama de “pseudoconcreticidade”, e assim propor uma práxis transformadora (1995). E falar em análise de realidade como primeiro, constante e contínuo movimento, significa interpretá-la a partir da totalidade com suas múltiplas e articuladas determinações. E estas determinações envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos (NETO, 1997).

Partiu-se da realidade concreta dos sujeitos e de suas práticas sociais para se buscar a superação do aparente, através de novas leituras. Portanto, a realização do grupo focal e a posterior análise dos dados coletados caminharam em busca de provocações, reflexões e conclusões que de fato estabeleçam um enfrentamento com a realidade da EP em enfermagem em saúde mental, refletindo dialeticamente sobre as falas apresentadas no grupo focal.

De acordo com Westphal, Bógus e Faria (1996, p.473) grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza “sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais... diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico”.

Pichon-Rivière (1991, p.177) define grupo como um “conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, o que constitui sua finalidade”.

É interessante observar que a “técnica de grupo operativo pode ser adequada a qualquer contexto, desde que se respeite o que lhe é essencial: procurar desvendar o fazer das

pessoas nos aspectos explícito e implícito” (Gayotto; Domingues, 1995, p.30-31). Trata-se de uma afirmativa que guarda íntima relação com a Técnica de Grupo Focal.

Uma investigação pautada na técnica de grupos focais constitui-se numa modalidade de pesquisa-ação. Neste sentido, por exemplo, pode-se pensar quanto ao esclarecimento e averiguação mais profunda de uma problemática que faz parte do cotidiano dos sujeitos, nas possibilidades de resolução e nos encaminhamentos viáveis, dependendo dos objetivos que se propõe.

Ressalta-se o que foi dito anteriormente sobre o que é da ordem do explícito e do implícito. O primeiro corresponde ao que se propõe na tarefa, funcionando como motivo pelo qual as pessoas estão reunidas. O implícito é o pano de fundo da interação grupal, é a base que sustenta a persecução do motivo. Aí estão implicadas as ansiedades básicas: o medo da perda e do ataque. O medo da perda refere-se à perda do equilíbrio já alcançado em situações anteriores (Pichon-Rivière, 1991). O medo do ataque surge mediante o novo, o inusitado, a diversidade que possa se apresentar como ameaça ao rompimento de noções e da maneira de perceber incorporadas. As ansiedades básicas, em maior ou menor intensidade, dependendo da construção de todos envolvidos, transitam em meio aos diferentes olhares e diferentes ângulos de visões sobre uma determinada questão que se insurge no debate. Cabe à equipe de coordenação atentar para esses aspectos em relação a ela mesma e em relação aos sujeitos participantes e, através da técnica de moderação, facilitar para que haja sintonia, em que todos sejam co-partícipes no explícito e implícito pertinente à tarefa.

Isso porque é necessário ir além do já posto para se compreender o que estimula ou impede o profissional de enfermagem de estabelecer vínculos, provocar reflexões, realizar mediações ou o apoio social.

Com a análise dos dados baseada na AI, é possível apreender o modo dos processos de produção, expresso no cotidiano individual, comunitário, nas relações que se estabelece, no significado que se atribui a estas relações, na linguagem, representações, com vistas sempre à construção de novas sínteses.

Assim, durante a análise dos dados coletados, foi preciso buscar fatos significativos, contextualizados, na tentativa de realizar o que Lefebvre (1966) chama de movimento de “*detour*”. Trata-se de um retorno ao passado que, reencontrado e reconstruído por sucessivas reflexões, volta mais aprofundado, libertado de suas limitações, superado no sentido dialético.

4.1.1 Observação participante

A primeira etapa da coleta de dados se deu por meio da observação participante das

ações educativas voltadas para a equipe de enfermagem e que têm ocorrido no hospital psiquiátrico estudado, através de um roteiro que se encontra em apêndice neste trabalho. Foi escolhida a observação do tipo participante porque, por fazer parte do grupo educativo a ser observado, tornou-se possível a produção de dados de forma mais aprofundada.

A observação participante foi realizada por mim, pesquisadora, que sou um membro da equipe que trabalha no hospital. Durante um mês (setembro de 2010), totalizando quatro encontros do grupo educativo, a pesquisadora anotou suas impressões e depoimentos sobre a temática da pesquisa.

A observação participante é uma das técnicas muito utilizadas pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados (QUEIROZ, VALL, SOUZA e VIEIRA, 2005).

Na observação participante, é preciso atentar para o aspecto ético e para o perfil íntimo das relações sociais, ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhes são atribuídos, as ideias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, mediante suas categorias de pensamento (QUEIROZ, VALL, SOUZA e VIEIRA, 2005).

Com o auxílio da observação participante, o pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias (QUEIROZ, VALL, SOUZA e VIEIRA, 2005).

Os dados oriundos da observação participante foram organizados e após leitura aprofundada do material chegou-se aos temas relevantes. Os dados obtidos a partir dessa abordagem descritiva e reflexiva foram interpretados e analisados com base no referencial, à luz da AI e da EP.

4.1.2 Grupo focal

A segunda etapa foi realizada através de um grupo focal, dispositivo no qual reuniram-se enfermeiros e técnicos em enfermagem que participam do grupo educativo durante uma mesma entrevista. Foram levantadas questões abertas de forma a haver respostas verbais

individuais e discussões potencializadoras entre os integrantes do grupo focal. Para tanto, admitiu-se como ponto de partida uma reflexão a respeito da própria atuação nas ações educativas desenvolvidas em serviço. O instrumento para a produção dos dados pelo grupo focal encontra-se no apêndice deste trabalho.

Foi escolhida a entrevista em grupo porque, somente a partir de uma análise conjunta, pode-se ressignificar espaços, pensar coletivamente alternativas de enfrentamento, redescobrir potencialidades, associar experiências, buscar identificações, dar visibilidade às fragilidades para tentar superá-las, desvendar bloqueios, processos de alienação, revigorar energias, vínculos, potencial organizativo e reconhecer espaços de pertencimento. Assim, buscar-se-á o enfrentamento aos desafios, pela apropriação dos temas pertinentes, estabelecendo-se pactos, provocando processos de mudança, através do grupo focal como dispositivo analítico.

A entrevista do grupo focal foi gravada em MP3 e transcrita. Após a transcrição das gravações, foi realizada uma leitura minuciosa dos dados obtidos, visando facilitar a compreensão e interpretação.

Entre as vantagens com o uso da técnica do grupo focal, o que vai depender dos objetivos do estudo, está a possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca de um fenômeno, seja pela intenção de gerar tantas ideias quanto possíveis ou pela averiguação de uma ideia em profundidade. À medida que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, ocorre o despertar dos integrantes do grupo focal para a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham numa condição de latência.

A passagem desta condição a de elaboração-expressão ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo. Aí se considera o que é da ordem da verticalidade e da horizontalidade, termos que tomados emprestados de Pichon-Rivière (1991).

Cada integrante fala a partir da sua verticalidade, isto é, a partir de suas vivências. Mas, como a história individual constrói-se no seio de inter-relações experienciadas, os relatos, as opiniões, os posicionamentos são constructos que vão se delineando nas relações com o(s) outro(s). Remetem-se, portanto, aos grupos de origem, manifestações da história pregressa e contemporânea (Pichon-Rivière, 1991). Assim, os sujeitos também são portavozes da horizontalidade em que se inscrevem e o próprio debate no grupo focal é uma dessas construções.

Durante as etapas da coleta/análise dos dados, pretendeu-se identificar neste grupo educativo para a equipe de enfermagem seu potencial instituinte, as instituições que

atravessam as falas, as questões veladas que podem emergir em espaços de análise e permitir potencializar as forças instituintes capazes de fortalecer as ações de enfermagem como prática social, atendendo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Durante a produção/análise dos dados, surgiram os elementos analisadores, permitindo que se desconstruíssem os campos instituídos para possibilitar a criação de novas instituições. Assim, a AI permitiu a produção de micro-política nos processos de trabalho, sejam eles educativos e/ou assistenciais.

Para e pela produção/análise dos dados, buscou-se acessar e modificar os espaços cotidianos nos referidos processos educativos, lidando com pessoas e interesses em determinado contexto sócio-histórico.

4.2 SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa para o grupo focal foram 3 (três) enfermeiros diaristas e 2 (dois) técnicos em enfermagem de um hospital psiquiátrico – que aceitarem participar da pesquisa – envolvidos, de alguma forma, nas ações educativas deste hospital. Durante a observação participante, além de enfermeiros e técnicos em enfermagem, também participavam do grupo 5 (cinco) psicólogos e 5 (cinco) estudantes de graduação em Enfermagem.

Quanto ao grupo focal, foi feito o convite a 5 (cinco) enfermeiros e 5 (cinco) técnicos de enfermagem – mas nem todos participaram. Chegou-se ao número de 5 (cinco) enfermeiros a serem convidados porque esta é a quantidade que trabalha em regime de diarista assistencial e que participa do grupo educativo com maior regularidade. O mesmo ocorreu em relação aos técnicos em enfermagem.

4.3 CENÁRIO

A pesquisa se desenvolveu em um hospital psiquiátrico do município de Niterói-RJ durante o ano de 2011. Tal hospital encontra-se subordinado à administração municipal, sendo que, inicialmente, era uma instituição estadual. Sua trajetória se confunde com a própria história da psiquiatria e da construção do campo da saúde mental em Niterói. A linha clínica que predomina neste hospital é a psicanálise.

O hospital conta com um setor de emergências, um setor para pacientes do sexo feminino em estado agudo de sofrimento psíquico, um setor para pacientes do sexo masculino, um setor para crianças e adolescentes, um setor para tratamento do uso de álcool e outras drogas e dois setores de moradia para pacientes crônicos (que, atualmente, têm sofrido mudanças, a fim de que alguns desses moradores sejam transferidos para residências terapêuticas).

Nele, encontram-se profissionais de atuações diversas (chefes dos setores e departamentos, diretor, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, acompanhantes domiciliares, acompanhantes terapêuticos, administradores, preceptores de estágio, motoristas e agentes administrativos em geral), possuidores de vínculos estatutários com o município e com o estado, bem como profissionais sem estabilidade de vínculo empregatício. Circulam, ainda, funcionários de firmas prestadoras de serviço de nutrição e limpeza.

Este hospital encontra-se inserido na rede de saúde mental do município de Niterói, que conta, ainda, com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos, um CAPS infantil, um CAPS de álcool e outras drogas e ambulatorios, além de hospitais psiquiátricos particulares conveniados ao SUS.

O referido hospital possui departamento de ensino e pesquisa e centro de estudo e aperfeiçoamento profissional. Proporciona campo de ensino teórico-prático para estudantes de graduação de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia e Nutrição. Além disso, recebe residentes multiprofissionais e especializando.

O fato de ser um campo de formação faz com que tenha ainda mais sentido em haver a institucionalização de espaços educativos para os profissionais de saúde. De fato, este hospital conta com sessões clínicas, oficina de psicanálise e grupos de estudo em psicanálise em geral. No entanto, a participação da equipe de enfermagem nesses espaços é escassa.

Assim, no ano de 2009, encorajados pela presença de professores e estagiários de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, iniciou-se um espaço de discussão clínica para os referidos estagiários e para os profissionais de enfermagem. E esse espaço de formação para a equipe de Enfermagem será o principal *locus* desta pesquisa.

Vale reforçar que atualmente trabalho neste hospital. Por isso será de suma importância considerar a análise das minhas implicações e relação do sujeito pesquisador inserido em seu campo de atuação profissional.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da UFF, pelo número CAAE 0130.0.258.000-10.

A entrevista do grupo focal foi gravada em MP3 e apagada após sua transcrição. A identidade dos entrevistados foi de total sigilo durante a análise e discussão dos dados obtidos, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O entrevistado somente respondeu as perguntas após receber esclarecimentos acerca da pesquisa, ler o termo de consentimento livre e esclarecido e assiná-lo. É fundamental esclarecer que cada participante recebeu respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento individual. O entrevistado teve liberdade de recusar a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo; foi garantido o caráter confidencial das informações assegurando a sua privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Durante o estudo, obtiveram-se informações atualizadas, e os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e revistas científicas.

A entrevista foi realizada em ambiente calmo e em um momento em que os entrevistados dispunham de tempo para participar do grupo focal com calma e sem se preocupar com outras tarefas. Dessa forma, buscou-se minimizar os riscos de danos emocionais ao entrevistado.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi empregada a análise de conteúdo. Conforme Bardin (2009), a análise de conteúdo diz respeito a um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obter resultados por procedimento sistemático e objetivo de descrição do conteúdo das mensagens.

Vergara (2005, p.15) sintetiza a análise do conteúdo afirmando que “esta é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema.”

Para Minayo (2007, p.303) a análise de conteúdo é um termo recente sendo uma técnica mais habitualmente empregada no tratamento de dados da pesquisa com abordagem qualitativa. Entretanto, a mesma autora aborda que a análise de conteúdo é mais do que um procedimento técnico, pois é contemplada por uma histórica busca teórica e prática no campo das verificações sociais.

Segundo Puglisi e Franco (2005, p.13), a análise de conteúdo tem como ponto de partida a mensagem, mas devem ser consideradas também as condições contextuais de seus produtores, já que a referida análise se assenta-se na concepção crítica e dinâmica da linguagem.

De acordo com Bardin (2009), as diferentes fases da análise de conteúdo se organizam em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise, fase da organização, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. A fase da exploração do material consiste, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Para análise do material foi empregada a análise do conteúdo através da categorização temática, que pressupõe na formação de classes, categorias para agrupar os dados e, dessa maneira, transmitir mais visivelmente seu significado. A análise qualitativa, feita através da categorização, significa:

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

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. A mesma autora aborda um agrupamento de um feixe de relações, que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. A operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto pode ser feita através de categorias que, conforme aponta a autora, são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Vale destacar que as categorias classificadas não foram descritas por unidades, mas sim por narrativa. Metodologicamente, segundo Burke (2001), as narrativas podem lidar não só com a sequência dos acontecimentos e as intenções conscientes dos atores, como também com as estruturas – que ele traduz como instituições, modos de pensar. E essa seria uma

forma de mediar estrutura e acontecimentos, o qual compreende o que o entrevistado diz e o que o campo de estudo aponta. As narrativas emergem como resultado da interrelação das forças sociais e caracterizam equacionamentos possíveis do fluxo histórico e social.

Burke (2001) chama a atenção para as múltiplas vozes: heteroglosia. Funciona como se os grupos focais fossem transformados em grupos focais narrativos em pesquisa recente (Wiggins, 2004). Essa abordagem é de grande relevância para as pesquisas sobre o SUS, pois permite explorar as relações entre estrutura e eventos observados e/ou registrados nos serviços de saúde, fugindo assim da dicotomia indesejável entre macro-política e micro-política nessas pesquisas.

O saber cotidiano e as experiências comunicacionais requerem atenção às narrativas. Porém, estas não são “dados”, elas precisam da elaboração de um “olhar narrativizante” (Leal, 2006, p.22) que estabeleça articulações entre diversos fragmentos em circulação. Esse olhar narrativizante faz emergir as formas de articulação do cotidiano. Trata-se de um método privilegiado para estudar as novas práticas.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

"Alguma coisa está em jogo com relação a uma responsabilidade que a realidade impõem ao sujeito quando ele é praticante: é a de assumir riscos." Jacques Lacan

A partir dos dados produzidos através da observação participante e do grupo focal, foi possível realizar a discussão dos dados à luz da Análise Institucional (AI), considerando-se os referenciais teóricos de EP e Reforma Psiquiátrica. Para tal discussão dos dados, teve-se como roteiro as categorias gerais e específicas que emergiram da análise dos dados.

Assim, foi viável a construção de uma cartografia dos processos educativos que tem acontecido para a equipe de enfermagem no HP.

As principais estratégias utilizadas no hospital estudado para a formação educativa da equipe de enfermagem são os seguintes: o grupo educativo que acontece semanalmente e mini-reuniões diárias com a equipe de enfermagem de plantão (algumas vezes com participação multidisciplinar) em que são discutidas as dificuldades na lida com os pacientes e traçadas condutas clínicas a cada dia.

O grupo educativo estudado funciona semanalmente, com duração de uma hora e meia. A cada semana, um profissional da equipe de enfermagem ou algum acadêmico de enfermagem prepara um trabalho escrito a ser exposto verbalmente ao restante do grupo.

A elaboração do trabalho a ser exposto no grupo é acompanhada pela coordenação do departamento de ensino e pesquisa (DEP).

A escolha de quem será o apresentador de trabalho a cada semana se dá das seguintes formas: alguns se oferecem, alguns são convidados e alguns são informados de que irão preparar e expor um trabalho de reflexão teórico-prática. Interessante que este lugar de ser o expositor do dia fornece certo prestígio e mobiliza congratulações.

As estratégias das ações educativas deste grupo são o preparo de trabalho escrito, a apresentação oral e a discussão no grupo. Na maioria das vezes, eram sugeridas discussões a

partir de casos clínicos (elaboração de projeto terapêutico de enfermagem para os pacientes/moradores do hospital). No entanto, alguns trabalhos versavam sobre temas mais amplos, como o funcionamento da enfermagem, oficinas terapêuticas, curatela, aconselhamento anti-HIV, entre outros.

O grupo é heterogêneo no que diz respeito a profissão, nível de escolaridade, tempo de trabalho em saúde mental, regime de turno de trabalho, tipos de vínculo empregatício, hierarquização na instituição e características pessoais.

Participaram do grupo educativo nas ocasiões da observação participante 25 (vinte e cinco) integrantes, dos quais 20 (vinte) eram mulheres e 5 (cinco) eram homens.

No que concerne ao nível de escolaridade, identificou-se que 2 (dois) integrantes com título de mestre, 11 (onze) integrantes com nível superior completo, 8 (oito) com nível médio e 5 (cinco) com o ensino superior ainda em curso.

Quanto à especialidade de formação, eram 7 (sete) enfermeiros, 8 (oito) técnicos em enfermagem, 5 (cinco) psicólogos e 5 (cinco) estudantes do curso de graduação em Enfermagem e Licenciatura da UFF.

Em relação às áreas de atuação, verificou-se que são 4 (quatro) enfermeiros assistenciais da rotina, 1 (um) enfermeiro gerencial da coordenação de enfermagem, 1 (um) enfermeiro gerencial do DEP, 1 (um) enfermeiro professor universitário, 4 (quatro) técnicos em enfermagem assistenciais da rotina, 4 (quatro) técnicos em enfermagem plantonistas, 1 (um) psicólogo gerencial do DEP, 2 (dois) psicólogos gerenciais da coordenação de setor, 2 (dois) psicólogos assistenciais, 5 (cinco) estudantes do 9º período de Enfermagem.

Já em relação aos regimes de trabalho, constatou-se que 15 (quinze) integrantes trabalham em horário comercial (3 a 4 vezes na semana), 4 (quatro) em turno de plantão de 24 horas por semana, 6 (seis) de acordo com os horários de estágio da universidade.

Quanto ao vínculo empregatício, 3 (três) possuíam vínculo estável com a Fundação Municipal de Saúde, 1 (um) possuía vínculo empregatício estável com a universidade, 12 (doze) trabalhavam como prestadores de serviço (sem estabilidade), 4 (quatro) prestadores de serviço possuíam matrícula por cargo de confiança e 5 (cinco) não possuíam vínculo empregatício (estudantes).

Dentre os 25 (vinte e cinco) integrantes, 5 (cinco) ocupavam cargo de chefia, estando os outros no campo assistencial.

No que diz respeito ao tempo de atuação no campo da saúde mental, 12 (doze) integrantes estão há menos de 5 (cinco) anos, 12 (doze) estão há até quinze anos e 1 (um) há mais de quinze anos.

Observa-se que o grupo tem como líderes a coordenadora do DEP, o coordenador de estágios e a professora do curso de Enfermagem e Licenciatura da UFF. Assim, essas três pessoas são implicadas positivamente em relação à sustentação de um trabalho de formação permanente para a equipe de enfermagem.

A participação da professora universitária possibilita discussões mais ampliadas, provoca a fala de sujeitos menos ativos no grupo educativo, sugere um redirecionamento de olhares e de lugares. A referida professora participa do grupo educativo inclusive quando não está em período de estágio de seus alunos. Isso denota um investimento dela que vai além de se ter um campo de estágio fértil para os acadêmicos de enfermagem da UFF. Isso mostra seu interesse na reestruturação do cuidado em enfermagem de forma a que se atenda às diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A coordenadora, principal líder do grupo, costuma ser acolhedora, valorizando os trabalhos produzidos pelo grupo educativo. Porém, algumas vezes, houve um sentimento de receio, porque alguns comentários que eram necessários ser feitos, não o eram, já que ponderava-se o que ela poderia pensar. Assim, no que diz respeito a algumas falas mais problematizadoras, ocorreu um silêncio ou uma atitude de objeção por parte da coordenadora. Sempre que alguém tinha um ponto de vista de alguma forma diferente do que é preconizado na instituição, esclarece ou retifica.

Algo notável durante as participações no grupo é que as questões individuais não devem interferir nessa dinâmica, pois, dessa forma, haveria uma quebra nesta relação se elas fossem consideradas de maior importância caso a primeira relação estabelecida fosse desprezada. Assim, a coordenadora do grupo orienta a não discussão de questões que soem como queixa a respeito do trabalho.

Para melhor ilustrar, em uma das reuniões deste grupo educativo, uma enfermeira, que na ocasião era a responsável por apresentar um trabalho, disse que considerava ser uma conquista o fato de que os técnicos em enfermagem de sua equipe não a procurarem mais para se queixar de questões cotidianas do trabalho.

Foi, então, que aconteceu a explicação sobre a importância de os técnicos e auxiliares serem ouvidos em relação a suas angústias no trabalho, ainda que fossem questões mais práticas/estruturais do que questões clínicas do paciente, pois isso também ecoa sobre o trabalho e sobre o desejo pelo trabalho.

Em seguida, a coordenadora informou que o grupo educativo não poderia valorizar as queixas da equipe de enfermagem e que aquela enfermeira dissera justamente que resolveu

esse problema em sua equipe e que se devia fazer o mesmo. Em contrapartida, foi-lhe dito que não havia como separar a queixa do que era de fato o trabalho na enfermaria.

Depois deste dia, houve um desestímulo em relação ao grupo educativo por algumas semanas. Pode-se sentir, com clareza, a força do saber instituído enfrentando as influências do saber instituinte. No entanto, felizmente as forças são refeitas a cada dia, com o tempo, e foi possível reconstruir o desejo pelos espaços educativos.

As principais estratégias utilizadas no hospital estudado para a formação educativa da equipe de enfermagem são as mini-reuniões diárias com a equipe de enfermagem de plantão (algumas vezes com participação multidisciplinar) e o grupo educativo que acontece semanalmente, em que são discutidas as dificuldades na lida com os pacientes e traçadas condutas clínicas a cada dia.

Além disso, o hospital desenvolve sessão clínica, oficina de psicanálise, núcleo de estudo em psicopatologia e psicanálise. No entanto, a participação dos profissionais de enfermagem nestes dispositivos ainda é tímida. Como enfermeira deste hospital, apesar de haver muito interesse pelos espaços de formação em geral, não existe de minha parte o hábito de participar destes outros dispositivos (não específicos para a equipe de enfermagem), principalmente pela responsabilidade de não haver ausência na enfermaria. Chegou-se a propor, inclusive, que fosse feito um rodízio entre a equipe para que todos pudessem, esporadicamente, participar das sessões clínicas multidisciplinares, enquanto outros ficassem na enfermaria. No entanto, estes espaços de discussão costumam ser mais frequentados pelas outras profissões (que não a de enfermagem) e, quase sempre, são as mesmas pessoas que participam destas discussões.

Quanto ao objetivo dos processos educativos específicos para a equipe de enfermagem que tem ocorrido neste hospital, observa-se que há uma preocupação em se transmitir algum aparato cognitivo que conduza os enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem a se reposicionarem diante de cada paciente, de acordo com as demandas clínicas.

Durante a observação participante e o grupo focal, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem participantes das ações educativas têm esperança em retirar das ações algo que os forneça recursos para lidar com a psicose. Dizem ter satisfação em assistir ao trabalho dos colegas e, ao final das apresentações, pronunciam-se sobre a importância deste grupo educativo para a sustentação do trabalho.

De acordo com Lapassade (MAGALHÃES, 1986), o grupo é a base da vida cotidiana. Um nível social no qual existem normas e controle.

A vida do grupo constitui-se de uma tensão permanente entre dois pólos extremos: a serialização e a totalização. Essa tensão é o motor da dialética dos grupos, cujos momentos são a expressão de uma volta sempre possível à serialidade, à dispersão original. A totalidade do grupo se encontra fora dele, em seu objeto. Quando não tem mais objetivo a atingir, o grupo dispersa-se, morre (idem, p. 111).

Quando uma pessoa faz parte de um grupo ou de uma instituição, está submetida a ela. O grupo está configurado de modo que a coordenadora é responsável pelo grupo educativo e traz seu ponto de vista, sendo considerada pelos outros participantes como uma figura superior e detentora de um saber. Os assuntos tratados não abordam questões de disputa de lugares, pagamento de salário ou condições de trabalho.

“Cada um dos participantes de um grupo constrói seu papel em relação aos outros; assim, de uma articulação entre o papel prescrito e o papel assumido, surge a atuação característica de cada membro do grupo” (BAREMBLITT, p. 190, 1982).

A conduta adotada pela coordenadora do grupo é principalmente a de sinalizar as dificuldades grupais. Pode-se constatar que ela é como uma pessoa capaz de resolver os problemas trazidos na discussão. Parece estar nela a responsabilidade do funcionamento do grupo, visto que, em algumas ocasiões, a reunião foi cancelada em virtude de sua ausência.

Pichon defende que a comunicação das questões levantadas no grupo e a rotatividade de papéis viabilizam a promoção de saúde, já que os membros do grupo tem a possibilidade da troca de experiências (SAIDON, 1986).

Além disso, Barembritti (1992) concebe o processo de auto-gestão como uma capacidade de organização dos sujeitos numa instituição. Dessa forma, não haveria uma submissão e um controle a alguma figura representativa de um saber dado como único. Na instituição, está cristalizada a conduta de cada um dos participantes.

As delimitações de papéis dificultam o processo de auto-gestão, uma possibilidade capaz de valorizar os sujeitos da instituição a partir da administração das demandas institucionais por todos os participantes do grupo educativo, considerando e aplicando todos os conhecimentos disponíveis pelos sujeitos que fazem parte do grupo (BAREMBLITT, 1992).

O sistema de autogestão implica opção política e escolha livre dos atores sociais, mudança radical das relações de poder, saber, prazer e prestígio. Portanto, não se trata simplesmente de destruir o poder centralizado, mas de resgatá-lo para os grupos. Não se entende o sistema autogestivo como um lugar onde a lei esteja

ausente. A lei nesse sistema também é autogerida, visa ao direito de desejar. (PEREIRA, 2007).

Vale destacar que, atualmente, o grupo tem iniciado propostas de mudança de formato organizativo do espaço de formação. O grupo está começando a iniciar o seguinte avanço: em vez de ter uma coordenadora fixa para conduzir as discussões, o grupo passará a ser coordenado, a cada dia, por um enfermeiro do HP. Isto permitirá a rotatividade de lugares, que será potente para que o grupo potencialize novos questionamentos, novos estranhamentos, novas rupturas.

No que diz respeito ao lugar ocupado pelos participantes na produção do grupo educativo, nota-se que a maioria deles ainda coloca-se com atitudes passivas, não se mostrando implicados positivamente no sustento de das ações educativas. A colocação, algumas vezes, é ativa e problematizadora. No entanto, na maioria das vezes passa-se a ter atitudes mais assujeitadas devido ao receio de gerar algum mal entendido.

Nem todos os participantes tem assiduidade constante. Uma parte do grupo participa regularmente, principalmente os enfermeiros e os técnicos diaristas e os plantonistas do dia do grupo educativo. Os de participação irregular são coordenadores de enfermagem, psicólogos, residentes, plantonistas de enfermagem de outros dias da semana (que não o dia fixo para o grupo).

Quanto à inserção dos participantes do grupo educativo, alguns participam por terem vontade, e outros por acharem que isso faz parte das obrigações do trabalho. Não havia uma ampla divulgação no hospital ou na rede de saúde mental do município sobre este grupo educativo para a enfermagem. Os convites eram feitos informalmente, de forma verbal. Recentemente, o grupo educativo passou a ser divulgado no mural dos diversos setores do hospital.

Os principais conceitos de cuidado em saúde mental que tem circulado neste grupo educativo dizem respeito à escuta sensível, à paciência, ao altruísmo, à compaixão, ao reposicionamento, à solidariedade, à resignação, ao funcionamento em rede, à criatividade, ao olhar como um todo, à generosidade, ao trabalho em equipe, ao projeto terapêutico individualizado.

Foram convidados a participar do grupo focal 15 (quinze) profissionais de enfermagem que participam das ações educativas no HP em estudo. No entanto, participaram do grupo focal apenas 5 (cinco) profissionais, dentre eles, 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos em enfermagem. Considera-se que este pequeno número de participantes aponta para

uma resistência e um receio em dizer de sua experiência. Ao receberem o convite, demonstraram preocupação em saber se era algo obrigatório e se algo que eles dissessem poderia prejudicá-los.

5.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

O processo de reforma psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há vários anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização (Daúd, 2000). Considera-se aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Nesse sentido, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomialis” em sentido físico, buscando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

O HP encontra-se inserido em uma rede saúde mental que visa a atender os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Conforme explicitado anteriormente, conta com centros de atenção psicossocial – exceto CAPS III – e tem investido cada vez mais em residências terapêuticas e outros projetos para a desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico.

A rede de saúde mental de Niterói prioriza que os usuários não estejam internados, mas sim circulando por CAPS ou por outros espaços de produção de vida em seu território. Porém, a rede ainda não conta com CAPS ou ambulatórios que sustentem a reagudização sem lançar da mão do hospital. Ainda é necessário um maior fortalecimento dos dispositivos territoriais – da saúde e outros setores – para que o portador de sofrimento psíquico exponha-se a um menos número de re-internações.

Ainda que a maioria dos pacientes do HP esteja sob regime de internação hospitalar, há que se buscar a execução da Reforma, conforme previsto na Lei 10.216/2001. Isto é, internações mais curtas, menor número de leitos, fortalecimento dos dispositivos que

ofereçam tratamento no território comunitário. Além disso, é fundamental que o portador de sofrimento psíquico tenha garantido seus direitos e sua circulação como um cidadão.

Neste sentido, é necessário que a equipe de enfermagem esteja inserida nesta forma de cuidar, colocando em prática seu compromisso social como profissional de saúde, considerando estes pacientes pelo seu direito ao convívio social, pelas suas escolhas e pelo respeito a seus valores e suas histórias de vida. Insere-se, nesta nuance, a demanda por ressignificações na forma de cuidar em enfermagem no contexto psicossocial.

Assim, o HP contou com algumas atividades educativas desenvolvidas até então para os profissionais de enfermagem. Em sua maioria, estas atividades tiveram um formato de atualização.

A última atividade de atualização foi um curso de 3 (três) meses oferecido aos técnicos de enfermagem no ano de 2010. Antes deste, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF) ofereceu um curso de atualização em Reforma Psiquiátrica com duração de 6 meses, em 2008. E, antes desses, houve ainda outros, que aconteciam esporadicamente.

O curso oferecido pela UFF, em 2008, foi resultado de um projeto de aproximadamente 10 anos, pois a Escola de Enfermagem enfrentava dificuldades em materializar uma parceria com o HP. Assim, através de um projeto de extensão, do qual houve inclusive participação como bolsista durante a graduação, se concretizou o tão esperado curso. No entanto, apesar de a UFF pretender ter 100 (cem) participantes, nem 10 (dez) concluíram o curso oferecido. Segundo os profissionais, as dificuldades residiam em não poder ir até à Escola de Enfermagem nos dias de palestra e em não conseguir tempo para realizar as discussões dos textos durante os plantões.

Já o curso de 2010, oferecido pelo próprio HP, teve como principal intenção capacitar novos profissionais a serem admitidos no hospital. No entanto, a maioria que fez o curso não pode compor o corpo profissional do HP por ter recebido proposta salarial superior ou melhores condições trabalhistas em outros locais. Muitos que fizeram este curso foram aproveitados por outros hospitais ou por CAPS de outros municípios. E, quanto aos profissionais do HP, a maioria não pôde participar do curso devido à disponibilidade de tempo, ou porque não estariam no hospital no dia do curso ou porque não conseguiam assistir às palestras do curso devido à demanda de trabalho nas enfermarias.

As equipes de enfermagem apontam esses cursos de atualização como ações

educativas importantes para a ressignificação da assistência de enfermagem. Mencionam a utilização da EP como atualização, como algo que proporcione trilhar outros caminhos, que propõe uma nova forma de cuidar. Porém, sinalizam que estes cursos não puderam ser preenchidos satisfatoriamente.

Compreende-se que as ações educativas para a equipe de enfermagem precisam trazer questionamentos que despertem interesse dos profissionais. Porém, é indispensável que os setores do hospital viabilizem a participação desses profissionais nas ações educativas disponibilizadas.

A EP tem a possibilidade de transmitir a chamada inteligência astuciosa, a qual é mobilizada frente a situações inéditas, ao imprevisto, frente a situações móveis e cambiantes; fundamentalmente enraizada no engajamento do corpo, poupa esforços e privilegia a habilidade em detrimento do emprego da força; é inventiva e criativa (DEJOURS, 1992).

No entanto, a tensão criada entre as expectativas e sonhos dos trabalhadores, a organização do trabalho e o conteúdo das tarefas às vezes árduas podem vir a influenciar a construção/desenvolvimento de um espaço de EP voltada para o compromisso social e reestruturação produtiva em saúde.

Atualmente, o HP conta com um grupo educativo semanal para a equipe de enfermagem, descrito na observação participante deste relatório. Tal espaço difere das ações educativas realizadas até então, pois ao invés da visada da atualização, aborda questões da clínica e da convivência com os pacientes. Este espaço encontra-se em vias de se instituir, pois se iniciou há apenas 2 (dois) anos, e por isso ainda transita por instabilidades como, por exemplo, em relação a sua continuidade, ao número de participantes e à escassez de uma proposta bem definida.

O referido espaço teve como fator potencializador a presença dos acadêmicos e docentes do curso de graduação em Enfermagem da UFF. No primeiro semestre de 2008, no curso do último período de graduação, passava-se pelo HP como acadêmica. Neste período, passavam por esse estágio outras acadêmicas também do curso de Enfermagem e muito engajadas nas discussões a respeito da enfermagem psiquiátrica.

Neste momento, a Escola de Enfermagem da UFF iniciava uma busca por intensificar a presença de estagiários de enfermagem no HP. Ligado a isso, acadêmicas e docentes sentiam falta de um espaço para falar a respeito do estágio, a respeito dos cuidados de enfermagem no contexto psicossocial. Desta forma, iniciaram-se no HP as discussões

semanais de caso clínico com ênfase na assistência de enfermagem, destinadas inicialmente aos acadêmicos e que, hoje, configuram-se como um grupo educativo para as equipes de enfermagem do HP. Timidamente, isso tem se abrangido aos outros dispositivos da rede de saúde mental do município de Niterói-RJ.

Porém, ainda que atualmente este espaço seja considerado como destinado principalmente HP – e não apenas aos estudantes, no período de férias universitárias este espaço não se sustenta. Isto aponta que a presença da Escola de Enfermagem ainda é um importante sustentáculo deste grupo educativo.

Além do grupo educativo, que acontece uma vez por semana, a equipe de enfermagem considerou também que as reuniões de equipe sejam ações educativas potentes. Os que realizam, a cada plantão, reuniões diárias com a equipe de enfermagem relatam que, quando o setor está muito conturbado pelo excesso de trabalho e eles ficam sem a reunião diária, isso interfere diretamente sobre a qualidade do cuidado oferecido por esta equipe. Ou seja, segundo eles, a reunião diária faz falta para que não haja acúmulo das angústias ou das dificuldades.

A equipe de enfermagem apontou serem formadoras as reuniões da equipe de enfermagem que acontecem diariamente para falar a respeito dos pacientes e das dificuldades no trabalho do setor. Porém, essas reuniões não possuem uma regularidade, não havendo algo que garanta seu funcionamento. Considera-se, portanto, que essas reuniões diárias da equipe de enfermagem são uma prática instituinte.

Devido ao seu caráter instituinte ou inovador, essas reuniões diárias deixam de ser realizadas pelos seguintes motivos: demanda de trabalho nas enfermarias, dificuldade do profissional em se ausentar do posto de enfermagem e suas responsabilidades e devido ao fato de não ter outro profissional que se disponibilize a permanecer no posto de enfermagem enquanto enfermeiros e técnicos se reúnam. Neste caso, observa-se uma prática instituída, em que a enfermagem deve se responsabilizar pelo setor nas 24 horas, enquanto os outros profissionais ainda não se responsabilizam pelo setor por alguns minutos.

Isto também é um aspecto muito destacado pela equipe de enfermagem, que apontou que, ainda que lhes seja disponibilizada a participação em um grupo educativo ou em uma reunião de equipe, esses espaços são pouco ocupados pelos profissionais de enfermagem porque, dentre outros motivos, não é viável que se ausentem do setor, do posto de enfermagem, pois geralmente não há outro profissional que se responsabilize por isso.

Em alguns casos, há espaços educativos disponibilizados aos profissionais de

enfermagem que não são ocupados ou preenchidos. Relacionam isso ao fato de que, enquanto essas ações educativas acontecem, o trabalho da enfermagem nos setores não para. Isto é, eles nem sempre podem participar dessas ações devido às tarefas assistenciais que precisam cumprir nas enfermarias.

Outra prática instituída neste caso é o fato de as práticas assistenciais precisarem ser sempre prioritárias em relação às práticas educativas. Se há um rodízio do trabalho em relação aos cuidados, o mesmo não acontece com relação à participação da equipe de enfermagem nas ações educativas.

E estas práticas instituídas resistem às mudanças de um médico ou de um psicólogo se disponibilizarem para ficar no posto de enfermagem por algum tempo, de haver um rodízio entre os profissionais em geral que garanta, de alguma forma, a participação de todos nas ações educativas.

O instituído é a instituição cristalizada, que nega o saber social. Ele resiste às mudanças. Já o instituinte é um movimento de mudanças na instituição. Ou seja, rompe com o instituído em busca de uma subjetivação livre. Isto é fundamental, porque a realidade dos grupos não é homogênea, já que se trata de produção humana (Lourau, 1993). Neste contexto, nota-se a necessidade de movimentos instituintes constantes, abrindo linhas de fuga, operando-se práticas inovadoras.

Uma prática instituinte pode ter força social que a torne instituída. Isto dependerá de muitos aspectos. Dependendo da organização, o instituinte pode ser reprimido, capturado, marginalizado ou se tornar instituído. Muitas vezes, isso ocorre sem a consciência dos grupos que operam a prática instituinte (LOURAU, 1993).

Além das reuniões diárias da equipe de enfermagem, os integrantes das equipes de enfermagem consideram que as reuniões multidisciplinares que acontecem em cada setor também sejam espaços potentes para a formação. No entanto, nos setores em que acontecem semanalmente, essas reuniões acontecem em um dia fixo, o que faz com que se prestigie apenas o profissional que faz plantão no dia da reunião. E no setor em que a reunião acontece diariamente, apenas o enfermeiro e o técnico em enfermagem diarista podem participar, pois os outros precisam ficar no posto de enfermagem.

Em relação à participação dos profissionais de enfermagem no grupo educativo semanal da enfermagem e nas reuniões de equipe, a equipe de enfermagem considera que é escassa tanto por uma questão de possibilidade quanto por falta de incentivo. Um participante do estudo considerou que é inviável uma maior participação dos profissionais de enfermagem

devido às demandas no posto de enfermagem, desconsiderando por absoluto a possibilidade de, ocasionalmente, um médico ou um psicólogo ficarem no posto para que os profissionais de enfermagem possam participar dos espaços de formação. Já outros, afirmaram que a participação da equipe de enfermagem nos espaços educativos requer mais incentivo e mais investimento por parte dos setores ou das enfermarias em que trabalham.

Vale ressaltar que, além da necessidade de incentivo e investimento por parte dos setores, é ainda valioso que os próprios profissionais de enfermagem sintam-se responsáveis por tornar possível a sua participação nas ações educativas. É necessário que eles próprios – os profissionais – estejam implicados positivamente em relação a sua participação nessas ações. Esses profissionais podem eles mesmos operar mudanças através de um saber instituinte.

A isto se chama produção de subjetivação livre, não assujeitada, produtiva, revolucionária, em que o desejo se realiza gerando o novo, não se concretiza restituindo o antigo, processa-se não reproduzindo o instituído, o organizado, o estabelecido, mas se realiza gerando o instituinte e o organizante (BAREMBLITT, 2002).

A equipe de enfermagem apontou elementos que possibilitaram a formação de alguns analisadores. Analisador significa os elementos que, em razão das contradições de diferentes tipos que se introduzem na lógica da organização, permitem enunciar as determinações da situação (ALTOÉ, 2004).

Por exemplo: o grupo relatou que muitos profissionais de enfermagem não participam das ações educativas por resistirem às novas propostas. Desta forma, aponta-se o analisador resistência, que nos indica que a falta de participação de alguns não se dá apenas pela excessiva demanda de trabalho no posto de enfermagem, mas também por uma escolha que fazem de não aderirem às novas ideias abordadas durante essas ações.

Tal analisador mostra também que a resistência, por muitas vezes, aparece como um mecanismo de defesa desses profissionais, pois eles não possuem uma formação que atenda às exigências das novas propostas trazidas nas ações educativas. E o mesmo acontece inversamente, pois, enquanto esses profissionais não participarem de espaços de formação, não se sentirão preparados para lidar com o novo e continuarão resistindo a ele.

Em detrimento do uso de problemas de qualquer natureza no processo produtivo como fonte de inovações e progressos, os profissionais de enfermagem acabam por buscar ativamente se proteger e se defender, utilizando mecanismos de defesa.

Como solução para esta problemática, poder-se-ia transformar o sofrimento potencialmente patogênico em sofrimento criativo, através de um espaço de EP destinado a

uma reestruturação produtiva. Ou seja, haveria vivência de um intenso prazer quanto maior fosse o desafio enfrentado a ser superado. O uso da criatividade e a possibilidade de expressar uma marca pessoal também são fontes de prazer, orgulho e admiração pelo que se faz, aliando-se ao reconhecimento da chefia e dos colegas (DEJOURS, 1992).

Quanto à motivação, a equipe de enfermagem demonstra pretender adquirir mais experiência e conhecimento, aprender a ouvir o outro, tornar o trabalho mais produtivo. Assim, motiva-se por esperar uma EP descentralizadora e ascendente, em que haja livre circulação da palavra.

Desta forma, é indispensável a construção de um espaço onde a palavra seja dada aos profissionais de enfermagem em saúde mental para que se possa discutir seus desejos e projetos, bem como abordar a possibilidade de se transformar o trabalho.

A institucionalização das ações educativas para a equipe de enfermagem, no que se refere ao restante da rede de saúde mental do município de Niterói, ainda encontra-se tímida. Não existe ainda uma ampla divulgação dessas ações na rede, o que limita a inclusão das equipes de enfermagem dos CAPS nas mesmas. Considera-se que seria de grande relevância se os espaços educativos do HP se estendessem aos outros dispositivos da rede, visto que isso possibilitaria uma maior reformulação das práticas de enfermagem psiquiátrica nesta rede.

“A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central”. Ou seja, a EP deve englobar “aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (MS, 2003). Assim, nesta nuance, as ações educativas devem se estender para as equipes de enfermagem dos outros dispositivos da rede, propiciando-se a articulação em rede proposta pelo SUS.

Ao serem perguntados sobre o que entendiam ser as ações educativas para a equipe de enfermagem no HP em estudo, a equipe de enfermagem demonstrou uma importante dificuldade em fornecer uma resposta. Foi necessário refazer a pergunta de diversas formas para viabilizar o esclarecimento. A partir disto, compreende-se que a equipe de enfermagem teve dificuldades em responder talvez por de fato ainda não estarem claros os objetivos dessas ações para ela – equipe.

Através do instrumental da AI, considera-se que é importante possibilitar que a equipe de enfermagem compreenda os objetivos do grupo educativo, pois é necessário que se conheçam as ferramentas para que se possibilite a auto-gestão.

A auto-gestão é a força destinada a transformar as condições de existência de um grupo, a resolver seus problemas, sendo viabilizada através da autoanálise. Já a autoanálise refere-se à produção de um saber, de um conhecimento acerca de seus

problemas, de suas condições de vida, de suas necessidades, e a seus recursos. Mas não pode haver uma organização sem um saber; não pode haver um saber sem uma organização. São dois processos diferenciados, mas eles são concomitantes, simultâneos, articulados (BAREMBLITT, 2002).

Desta forma, a autogestão depende de uma autoanálise, que necessita de um dispositivo que a viabilize. A EP pode ser esse dispositivo, se ela permitir que o grupo conheça suas dificuldades, demandas e seus recursos para operar mudanças.

5.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Um dos aspectos marcantes na narrativa da equipe de enfermagem foi a relação que se faz entre EP e dia a dia. Menciona que a EP deva ser algo que nunca se perde, mantendo-se viva durante a rotina do dia a dia. Para isso faz com que os profissionais estejam sempre se interrogando durante suas práticas assistenciais, impedindo que se percam do que realmente deve ser feito, do que realmente acrescenta. Explicam que uma simples dúvida deles ou de suas equipes, relacionada a questões do dia a dia, da própria rotina do trabalho, pode potencializar o surgimento de uma discussão aprofundada, uma reflexão, uma busca de interesse.

O foco no cotidiano se justifica por ser este o *lócus* onde as experiências, relações e práticas acontecem de modo dinâmico. Santos (2006) afirma que o cotidiano representa o aspecto de um lugar que é compartilhado entre pessoas, grupos e instituições, numa relação dialética de conflito e cooperação, sendo essa a base da vida comum. Assim, estudar os atores e suas práticas educativas no dia a dia é fundamental, pois localiza aspectos objetivos e subjetivos que constroem a vida institucional.

A prática cotidiana experimentada no hospital estudado contribuiu com a contextualização, dando substância a uma série de reflexões sobre os processos educativos com a equipe de enfermagem no trabalho em saúde mental. Essas cogitações apontaram para o fato de que pensar uma lógica de cuidado psiquiátrico em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde mental no Brasil impõe transformações profundas em todo o sistema de cuidado e no modo de organização do trabalho em saúde. Neste caminhar, a busca de alternativas ao manicômio e de modelos assistenciais que constituam novos modos de lidar com o paciente psiquiátrico têm sido fenômeno comum.

Além do fator cotidiano ter sido previamente elegido como um recorte nesta pesquisa, durante a produção de dados em grupo focal, a questão cotidiana apareceu de forma intensa no que se refere à EP. Assim como para a pesquisa, também para os participantes do grupo focal, a EP passa necessariamente por um funcionamento cotidiano, difundido no dia-a-dia. Durante a observação participante das atividades educativas, pode-se constatar que as questões trazidas para a reflexão são situações do dia a dia, do cotidiano das equipes de enfermagem no hospital psiquiátrico.

Para Heller (1994), é na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens. É através da cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e a cultura existentes. Estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros a sua volta e com o modo de produção da sociedade.

Pinheiro (2006) corrobora essa assertiva, ao afirmar que a demanda dos serviços de saúde se constrói cotidianamente, fruto de uma interrelação entre as normas e as práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduos, profissionais e a instituição). Nas pesquisas desenvolvidas por Pinheiro (2006), o cotidiano da instituição é o *locus* de investigação, lugar onde os elementos da demanda por processos educativos surgem da interação entre os sujeitos e na sua relação com a oferta dos serviços, em face de um determinado projeto político institucional.

É também no cotidiano que a sociedade encontra a oportunidade de se transformar e se reconstruir. Uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo, até alcançar o âmbito da coletividade.

No HP em estudo o cotidiano representa um espaço de luta, exercício de poder, uma prática social influenciada pelos próprios atores, pelas práticas sanitárias, assistenciais e políticas. Nesse espaço institucional, ocorre a disputa dos distintos atores sociais. Entender esses processos de disputa, a contratualidade entre os agentes, aquilo que “dá a identidade” da instituição e que se traduz em sua prática assistencial é fundamental para a construção de propostas de EP.

Outro aspecto que a equipe de enfermagem apontou, através do grupo focal, como algo necessário para se fazer a EP está na relevância da continuidade. Os principais achados nas narrativas a respeito de educação permanente apontaram que a equipe de enfermagem considera importante na EP uma não interrupção e o respeito a uma continuidade das ações educativas durante a execução do cuidado e não só em espaços determinados, evitando interrupções das ações em si.

Relatam que deve haver algo que não se perca, que garanta essa continuidade. Vale considerar que, no que diz respeito à experiência como enfermeira desse hospital e participante das atividades educativas para a equipe de enfermagem, pôde-se observar que, em diversos momentos, não estava garantida a continuidade dessas atividades.

Por exemplo: durante o período de férias dos estagiários e residentes não houve o grupo semanal de discussão da enfermagem. Isto confere ao grupo educativo um caráter ainda acadêmico, pois se as atividades profissionais continuam acontecendo normalmente durante o período de férias dos estagiários e residentes, então não haveria motivo para suspender o grupo educativo neste período.

Além disso, se o grupo educativo não tiver ao menos um de seus líderes disponíveis para participar em determinado dia, então o grupo não acontece nesse dia. Ou seja, em algumas semanas não há o grupo educativo porque ele não pode acontecer sem a presença de um dos líderes, o que dificulta a garantia da continuidade da ação educativa.

Isso parece estar relacionado ao fato desse grupo educativo ainda estar em vias de se instituir, por sua relevância e possibilidades ainda não possuir um lugar bem definido neste hospital, ainda não está instituído neste hospital. Estando este grupo educativo na posição de saber instituinte, vale lembrar que uma prática instituinte pode ter força social que a torne instituída. Isto dependerá de muitos aspectos. Dependendo da organização, o instituinte pode ser reprimido, capturado, marginalizado ou se tornar instituído. Muitas vezes, isso ocorre sem a consciência dos grupos que operam a prática instituinte (LOURAU, 1993).

Considerando-se que um dos aspectos marcantes na narrativa da equipe de enfermagem foi a relação que faz entre EP e o dia a dia. Cabe destacar que a EP aparece, então, a partir das vivências desses profissionais. Trata-se de reflexões baseada em situações reais. As discussões, segundo esses profissionais, devem partir do cotidiano de trabalho deles.

Além disso, relatam que a reflexão em EP que parte das dificuldades cotidianas deles irá viabilizar uma mudança positiva no cuidado que eles oferecem aos pacientes. Assim, consideram que a EP irá instrumentalizá-los para a produção do cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

Segundo Tavares (2006), a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. A mesma autora aponta que os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A educação em serviço visa à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

De fato, para que uma aprendizagem ocorra, ela deve ser significativa, o que exige que seja vista como a compreensão de significados, relacionando-se às experiências anteriores e vivências pessoais, permitindo a formulação de problemas de algum modo desafiantes que incentivem o aprendiz, o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, desencadeando modificações de comportamentos e contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações (SACRISTÁN e GOMÉZ, 1998).

Aprendizagem significativa é o conceito central da teoria da aprendizagem de David Ausubel. A aprendizagem significativa é um processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não-literal) e não-arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo (Moreira, 1999). Em outras palavras, os novos conhecimentos que se adquirem relacionam-se com o conhecimento prévio que o sujeito possui.

Em resumo, para que os conhecimentos adquiridos em EP contribuam para a formação do profissional como cidadão e que se incorporem como ferramentas, como recursos aos quais ele recorra para resolver com êxito diferentes tipos de problemas, que se apresentem a ele nas mais variadas situações, e não apenas num determinado momento pontual de um grupo educativo, a aprendizagem deve desenvolver-se num processo de negociação de significados.

Por outro lado, se esses profissionais não apreciam o valor dos conceitos ou da produção teórica para analisar, compreender e tomar decisões sobre a realidade que os cerca, não se pode produzir uma aprendizagem significativa. A reflexão baseada nas vivências requer união com os conceitos, com as novas concepções de cuidar em saúde mental, para que tal reflexão produza um profissional contextualizado, mais crítico e atuante. O que se quer com isso é afirmar que os conteúdos que as ações educativas veiculam devem servir para desenvolver novas formas de compreender e interpretar a realidade, questionar, discordar, propor soluções, ser um leitor reflexivo do mundo que o rodeia.

A aprendizagem significativa não combina com a ideia de conhecimento encadeado, linear, seriado. Essa forma de conceber o conhecimento pode organizar o ensino, mas não a aprendizagem, que acaba se constituindo como um processo à parte, marginal a uma discussão cristalizada. Conceber o conhecimento organizado linearmente contribui para reforçar a ideia de pré-requisitos que acaba justificando fracassos e impedindo aprendizagens posteriores (MOREIRA, 1999).

Na concepção da linearidade do conhecimento, o ensino funcionaria como uma engrenagem, uma cadeia na qual cada fragmento tem função de permitir acesso a outro fragmento. Talvez esta forma de conceber o conhecimento permita armazenar e mecanizar algumas informações por um tempo, ter bom desempenho, o que não significa necessariamente uma aprendizagem com compreensão.

Falar em aprendizagem significativa é assumir que aprender possui um caráter dinâmico que exige ações de ensino direcionadas para que os indivíduos aprofundem e ampliem os significados elaborados mediante suas participações nas atividades de ensino e aprendizagem. Nessa concepção, o ensino é um conjunto de atividades sistemáticas, cuidadosamente planejadas, em torno das quais conteúdo e forma articulam-se inevitavelmente e nas quais os participantes compartilham parcelas cada vez maiores de significados (MOREIRA, 1999).

É preciso levar em conta, ainda, que uma aprendizagem significativa não se relaciona apenas a aspectos cognitivos dos sujeitos envolvidos no processo, mas está também intimamente relacionada a suas referências pessoais, sociais e afetivas. Nesse sentido, afeto e cognição, razão e emoção se compõem em uma perfeita interação para atualizar e reforçar, romper e ajustar, desejar ou repelir novas relações, novos significados na rede de conceitos de quem aprende (MOREIRA, 1999).

Por esse motivo, a aprendizagem não ocorre da mesma forma e no mesmo momento para todos; interferem nesse processo as diferenças individuais, o perfil de cada um, as diversas maneiras que as pessoas têm para aprender (DUARTE, 1999).

Assim, a equipe de enfermagem apontou que a partir de discussões baseadas em dificuldades e vivências reais, é possível adquirir mais experiência e conhecimento para a construção de um trabalho.

Segundo esses profissionais, a EP se faz pela procura através do próprio trabalho, que vá gerar crescimento através de uma reflexão. Estes profissionais dizem ainda a respeito da importância da troca durante os processos educativos, de passar algo para os outros que ali estão.

Explicam que este grupo educativo oportuniza-os a terem certo contato com outros profissionais e suas respectivas experiências que, por vezes, são as mesmas ou são diferentes das suas próprias experiências. Referem que ver a motivação de quem gosta do que faz, gera neles motivação. Sendo assim, consideram também como um espaço de incentivo.

Mas além de instrumentalizar para o trabalho, os profissionais de enfermagem apontaram que as ações educativas podem também gerar alívio. Segundo os mesmos, isto se deve à oportunidade de dividir angústias do trabalho, com o aprofundamento a respeito de determinado assunto.

Observa-se que, ainda que o conteúdo discutido seja a respeito de um caso clínico, ele também irá tangenciar questões subjetivas desses profissionais. E quando circula a fala e a reflexão sobre o caso clínico de um determinado paciente, muitas vezes circulam-se também as angústias das equipes que lidam com aquele paciente.

O que ocorre é que as ações educativas podem ser potentes não só para produzir conhecimento e aprendizagem, como também para que se discutam as angústias e dificuldades inerentes a cada profissional.

O cuidado é, antes de tudo, um exercício dos seres humanos e uma arte de observar, saber e fazer. Por isso, não se trata de uma ação técnica a ser estudada e desenvolvida, tal como uma função braçal (Silva, Padilha e Borenstein, 2002). Na profissão, estão implícitas as relações humanas e as implicações que definem sua prática e tudo a sua volta. Jamais analisar-se-á a Enfermagem sem antes reconhecer que dela nasce um universo humano extraordinário, revelador e original (LEOPARDI, 1999).

Portanto, é condição *sine qua non* a construção de um espaço onde a palavra seja assegurada aos profissionais de enfermagem em saúde mental para que possam discutir seus desejos e projetos e abordar a possibilidade de se transformar o trabalho. E a maneira real para que se construa este tipo de espaço em verdade é através da EP.

Deve ser discutida a possibilidade de se transformar o trabalho. Diversos impasses podem desencadear ações criativas, mudanças, melhorias, como uma espécie de efeito catalisador, através da EP. Entretanto, na maioria das situações, a maneira como o trabalho é organizado e são definidas as tarefas criam uma verdadeira barreira a este processo. Os resultados obtidos não são reconhecidos, o sofrimento não é notado, a fala das pessoas não é estimulada, pelo contrário, é freqüentemente combatida.

Desta forma, em detrimento do uso de problemas de qualquer natureza no processo produtivo como fonte de inovações e progressos, os profissionais de enfermagem acabam por buscar ativamente se proteger e se defender, utilizando mecanismos de defesa através de distanciamentos. Para que o enfermeiro possa prescindir de tais mecanismos de defesa, considera-se a relevância desses profissionais poderem transformar seu sofrimento potencialmente patogênico em sofrimento criativo, através de um espaço de EP destinado a uma reestruturação produtiva. Ou seja, com o uso da EP, poderá haver a vivência de um

prazer quanto maior for o desafio enfrentado a ser superado. O uso da criatividade e a possibilidade de expressar uma marca pessoal também são fontes de prazer, orgulho e admiração pelo que se faz, aliando-se ao reconhecimento da chefia e dos colegas.

Durante a observação participante e o grupo focal, evidenciou-se que as ações educativas para a equipe de enfermagem que acontecem no HP são constituídos espaços de troca de experiências, de dar e de receber conhecimentos. Os profissionais que participaram do estudo relataram que quando estão no grupo educativo semanal da enfermagem, preocupam-se tanto em aprender como em transmitir algum conhecimento para os que ali estão. Referem que desejam transmitir suas experiências tanto para os outros profissionais quanto para os acadêmicos de enfermagem que também participam deste espaço semanal. E consideram que o outro profissional e os acadêmicos também podem ensinar-lhes algo, ou ajudá-los a lidar com determinada dificuldade no trabalho.

A equipe de enfermagem considera ser enriquecedora a variedade de pontos de vista dos participantes do grupo educativo. Exemplifica que existem as falas tanto de acadêmicos, como de pessoas que estão ali há 20 anos, e isto gera uma reflexão mais aprofundada. Consideram que, para os profissionais recém-chegados, é gratificante e formador ver o entusiasmo com que falam os que estão ali há muitos anos, como os criadores do Centro de Convivências que, mesmo depois de 15 anos, ainda demonstram prazer pelo que fazem. O contato com pessoas menos experientes também proporciona aprendizado aos mais antigos.

Referem que pelo fato do grupo educativo ser heterogêneo – enfermeiro, técnicos de enfermagem, profissionais antigos, recém-chegados e até acadêmicos – ocorre uma grande troca de experiências. A equipe de enfermagem destacou que cada participante da ação educativa poderá contribuir com a produção do conhecimento em grupo, a partir do lugar e da experiência que ocupa no HP.

Saidel, Toledo, Amaral e Duran (2007) descrevem que o desprazer na rotina do enfermeiro psiquiátrico se relaciona com a realização de atividades desagradáveis que, muitas vezes, é realizada por imposição e obrigação, gerando sentimentos negativos, visto que o processo de trabalho torna-se repetitivo.

Assim, é de fundamental importância que tanto o hospital como os enfermeiros psiquiátricos estejam abertos a novas ideias, mantendo uma equipe de enfermagem integrada, conscientizada em sua função e sem medo de novos desafios. É válido retratar que a Reforma Psiquiátrica é tida como uma estratégia inserida num processo permanente de transformação, superando a burocracia que permeia os novos projetos de desinstitucionalização. O

enfermeiro que está inserido na nova política de saúde mental conhece a trajetória da psiquiatria e a importância da reforma, podendo ter maiores chances de realizar um trabalho de maior consciência no âmbito assistencial do que aqueles que são de certa forma alienados (SAIDEL, TOLEDO, AMARAL e DURAN, 2007).

5.3 O CUIDADO EM ENFERMAGEM NO HP EM ESTUDO

Durante a observação participante e o grupo focal, evidenciou-se entre os integrantes da equipe de enfermagem uma ideia de cuidado dotado de humanização, de prática social. Os principais conceitos de cuidado em saúde mental que têm circulado no grupo educativo dizem respeito à escuta sensível, à paciência, ao altruísmo, à compaixão, ao reposicionamento, à solidariedade, à resignação, ao funcionamento em rede, à criatividade, ao olhar como um todo, à generosidade, ao trabalho em equipe, ao projeto terapêutico individualizado.

Assim, os conceitos de cuidado que circulam no grupo educativo corroboram com a proposta do compromisso social do enfermeiro. Compreende-se que este compromisso passa pela questão de se debruçar no viver do outro, na troca durante o cuidado, em se fazer cumprir sua profissão e sua condição de cidadão consciente, no investimento que se faz na construção de um espaço comum entre cuidador/ser cuidado.

Semelhante a isto, trazida por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), é a noção de “operadores”, que são pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida. O “operador”, na perspectiva destes autores, volta-se para a qualidade do cuidado e para a criação de estratégias de modificação da realidade dos usuários. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) sugerem que o cuidado deve ser banhado de acolhida e responsabilidade pela atenção integral da saúde coletiva e individual.

De acordo com a equipe de enfermagem, o cuidado em enfermagem psiquiátrica passa pela questão da escuta. Considera que a escuta sensível deva ser uma conduta a ser executada em sua prática.

Indica ser muito importante o que diz o portador de sofrimento, já que pela sua fala pode sinalizar algo grave, desde uma intensificação do sintoma ou da angústia, até o suicídio. Contudo a disponibilidade pessoal é o ponto de partida de toda relação de ajuda.

Para estes profissionais, é preciso que se preste muita atenção no que diz o portador de sofrimento psíquico, que pode estar sinalizando algo grave, como um risco de suicídio ou uma intensificação de sua angústia. Porém, pontuam que não têm tanto tempo para prestar uma

atenção cuidadosa, para estar ali notando o que este paciente sinaliza para a equipe.

Apontam a importância de uma disponibilidade como ponto inicial para que consigam acessar o sujeito para, a partir daí, cuidarem do portador de sofrimento psíquico.

Outro aspecto apontado como relevante para a equipe de enfermagem psiquiátrica é a construção do projeto terapêutico individualizado. Explica que em todas as áreas da saúde é necessária a individualização do cuidado, mas que na saúde mental se torna ainda mais indispensável considerar as especificidades de cada um, considerando a observação e o acompanhamento na rotina dos pacientes, sendo primordial que a equipe de enfermagem garanta a continuidade das ações previstas no projeto terapêutico e na rotina de cuidados prevista para cada paciente. Entretanto, é necessário que saiba desvincular a ideia de demanda excessiva advinda dos pacientes, da noção de sofrimento psíquico. Explica que as equipes costumam brincar de nomear o sujeito que sofre psicologicamente de poli queixoso.

Vale, contudo, ressaltar que o cuidado é, antes de tudo, um exercício dos seres humanos e uma arte de observar, saber e fazer. Por isso, “não se trata de uma ação técnica a ser estudada e desenvolvida, tal como uma função braçal” (Silva, Padilha e Borenstein, 2002, p.589.) e para que assim seja percebido pela equipe de enfermagem, é necessário assegurar momentos de reflexão no dia-a-dia da equipe.

Na profissão de enfermagem, estão implícitas as relações humanas e as implicações que definem sua prática e tudo a sua volta. Nesse sentido, jamais devemos analisar a Enfermagem sem antes “reconhecer que dela nasce um universo humano extraordinário, revelador e original” de possibilidades (LEOPARDI, 1999, p.23).

Outro aspecto marcante na narrativa analisada diz respeito à vocação para cuidar em saúde mental. É preciso gostar do que se faz, porque senão, em pouco tempo, o profissional desiste, devido à grande demanda do portador de sofrimento psíquico. Pontua ser muito importante o lado humano do profissional, porque, sem esse, não se trata o paciente tão bem quanto ele merece.

Esta percepção da equipe de enfermagem encontra correspondência no pensamento de Almeida (2007), para quem o cuidado prestado reside em cada um dos integrantes da equipe de enfermagem, sendo influenciado através dos desejos, necessidades e satisfações dos sujeitos que executam este cuidado, considerando-se, inevitavelmente, também a satisfação de um conjunto de necessidades dos usuários do SUS.

As experiências consideradas exemplos pela equipe de enfermagem são o grupo

educativo da enfermagem e o Centro de Convivências – em um dos encontros do grupo educativo da enfermagem, eles destacam que ambos partiram da experiência da enfermagem, ou seja, relatam que o Centro de Convivências foi criado para que os profissionais de enfermagem não ficassem com uma atividade rotineira, centrada basicamente na medicação, contenção mecânica e controle do paciente.

Novamente relacionando o grupo educativo com o Centro de Convivências, explicam sobre a importância de abrir os horizontes, para que superem os momentos que estão muito estressados na lida com a loucura, ajudando tanto o profissional quanto o paciente. E a construção do Centro de Convivências por parte dos profissionais de enfermagem apresentou-se como uma situação em que o compromisso social se materializa, através da busca instituinte daqueles profissionais que acharam que esse espaço de convivência seria importante e que, por isso, fizeram eles mesmos com que esse espaço se institucionalizasse.

Desta forma, colocaram em prática seu compromisso social, como sujeitos ditos “operadores”, que se apóiam em formas de intervenção flexíveis: que levem em conta as necessidades e prioridades de saúde da clientela e que possuam efetiva capacidade para lidar com uma realidade desafiadora e complexa (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001). Realidade esta que, muitas das vezes, não se encontra enclausura da nos modelos teóricos aprendidos na academia.

Trata-se, nesta perspectiva, de sujeitos “dinamizadores”, capazes de revolucionar o cotidiano à medida que acreditam na possibilidade de o novo surgir, na surpresa. Esta lógica da prática social implica sujeitos que recusem o determinismo absoluto que aniquila os possíveis espaços de liberdade, de criação, de diversidade (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p.46).

O grupo afirma que os processos educativos que têm ocorrido no HP contribuem para mudanças no cuidado a favor da efetivação da Reforma Psiquiátrica. Um exemplo marcante que os participantes do estudo trouxeram foi o dia em que o grupo educativo da enfermagem teve como tema o Centro de Convivências do HP, criado por técnicos de enfermagem. E, segundo o grupo, isso aponta diretamente para a questão da participação da equipe de enfermagem na execução da Reforma Psiquiátrica.

A criação do Centro de Convivências por parte dos profissionais de enfermagem indica a demanda de novos dispositivos a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Neste contexto, entende-se por dispositivo, a montagem de elementos extraordinariamente heterogêneos que podem incluir ‘pedaços sociais’, naturais, tecnológicos e até subjetivos. Um

dispositivo caracteriza-se pelo seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo. Um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona, gerando acontecimentos revolucionários, transformadores (BAREMBLITT, 2002).

Embora seu tamanho e duração sejam tão variáveis quanto as materialidades que o compõem, tem a peculiaridade de nascer, operar e extinguir-se enquanto seu objetivo de metamorfose e subversão histórica se realizam. Um dispositivo em geral não respeita, para sua montagem e funcionamento, os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa, conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera, assim, o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas. Nesse sentido, é óbvio que os dispositivos, também chamados agenciamentos, têm a ver com a transversalidade e, num sentido restrito, com o instituinte-organizante. Um dispositivo não é uma obra de indivíduos ou sujeitos, ele os inclui, os constitui e os ‘maquina’ para concretizar suas realizações (BENEVIDES de BARROS, 1991).

“Ao invés de ‘indivíduos’ pensamos em formas de subjetivação temporárias e múltiplas. Ao invés de ‘grupos como novas identidades’, transformam-se em dispositivos analíticos, máquinas de decomposição de unidades” (BENEVIDES de BARROS, 1991, p.12).

De acordo com a equipe de enfermagem, há uma resistência de algumas pessoas em aceitarem o “novo”. Explicam como novo o seguinte: o acompanhamento terapêutico, o fato dos psicólogos estarem mais próximos dos pacientes e da equipe de enfermagem, profissionais de enfermagem e outras áreas com ideias renovadas a respeito do cuidado entre cidadãos, aspectos que tangem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Neste aspecto, emergiu-se a categoria que aponta a tensão “novo x velho”, em que o novo aparece com um poder instituinte e o velho surge como um saber instituído cristalizado que resiste às mudanças.

Os profissionais por vezes resistem em participar do grupo educativo da enfermagem, assim como resistem à proposta do trabalho multidisciplinar e ao cuidar dotado de escuta. Trabalhar junto a outros profissionais – que não os de enfermagem – e executar um cuidado que considere o paciente enquanto cidadão são exigências para que os serviços atendam à Reforma Psiquiátrica. E tais exigências (o “novo”) encontram resistência ao se depararem

com o saber instituído (o “velho”) a respeito da dificuldade do trabalho em equipe, a respeito de cuidar do portador de sofrimento psíquico renovando-se a cada dia o olhar, o toque, a escuta.

Ainda no tocante Reforma Psiquiátrica, a equipe de enfermagem relatou a importância de o grupo educativo poder abordar com as equipes de enfermagem a questão das reinternações dos pacientes. Apontam que ver o paciente que teve alta hospitalar há pouco tempo precisar reinternar pode causar certa frustração na equipe, como se o trabalho ou o cuidado deles feito na última internação não tivesse surtido efeito.

Vale destacar que a alta hospitalar é uma das apostas da Reforma Psiquiátrica. Antigamente os pacientes, ao invés de receberem alta, permaneciam no hospital por vários anos seguidos. Hoje, existe o investimento de apostar na alta hospitalar, ainda que o período fora do hospital seja curto – já que os acometimentos psíquicos não desaparecem, não são absolutamente curados, mas sim amenizados com o tratamento.

O processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há vários anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização (Daúd, 2000). Considera-se aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Nesse sentido, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomialis” em sentido físico. Assim, é possível que se opere em transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

O primeiro passo seria renunciar à perseguição da cura e tomar como objeto a existência-sofrimento. A saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos por princípios biomédicos, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam.

Assim, a equipe de enfermagem considera importante que as ações educativas consigam também acessar aqueles profissionais mais resistentes, que têm dificuldade em

aderir às novas formas de cuidar em saúde mental. Fazendo isso, este grupo educativo estaria defendendo a questão da Reforma Psiquiátrica em si.

5.4 INTERDISCIPLINARIDADE: ATRAVESSAMENTOS NA EP E NO CUIDADO

Além do grupo educativo semanal para a equipe de enfermagem, o hospital desenvolve espaços educativos multidisciplinares tais como a sessão clínica, a oficina de psicanálise e o núcleo de estudo em psicopatologia e psicanálise. No entanto, a participação dos profissionais de enfermagem nestes dispositivos ainda é tímida. Como enfermeira deste hospital, apesar de muito interessar os espaços de formação em geral, não existe o hábito de participar destes outros dispositivos (não específicos para a equipe de enfermagem), principalmente pela responsabilidade em não me ausentar da enfermaria. Chegou-se a propor, inclusive, que fosse feito um rodízio entre a equipe para que todos pudessem, esporadicamente, participar das sessões clínicas multidisciplinares enquanto outros ficariam na enfermaria. No entanto, estes espaços de discussão costumam ser mais frequentados por profissionais de outras profissões (que não a de enfermagem) e, quase sempre, são as mesmas pessoas que participam destas discussões.

Em pesquisa desenvolvida com profissionais da enfermagem, Tavares (2006, p.287) concluiu que “a educação permanente da equipe de enfermagem de saúde mental exige, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar”.

A equipe de enfermagem fez menção às reuniões multidisciplinares diárias de setor, em que são discutidos os projetos terapêuticos dos pacientes. Porém, geralmente, nessas reuniões, há participação apenas de um enfermeiro e um técnico em enfermagem e, segundo eles, seria interessante que toda a equipe de enfermagem pudesse participar dessas discussões diárias. Explica que, até então, isso não é possível porque o setor continua funcionando normalmente enquanto acontecem essas reuniões.

Em contrapartida, o grupo afirma ser possível realizar discussões diárias com a equipe de enfermagem, a respeito dos pacientes e do trabalho em si, se o restante da equipe multidisciplinar for co-responsável pela formação dos profissionais de enfermagem. Citam que, em alguns setores, alguns psicólogos ficam no posto de enfermagem por alguns minutos para que os profissionais de enfermagem estejam fora do setor em alguns momentos refletindo a respeito de seu trabalho.

Assim, a participação positiva dos outros profissionais nas ações educativas para a equipe de enfermagem pode ser não apenas de forma direta, mas também contribuindo indiretamente para a institucionalização dessas ações. O exemplo que deram foi que o médico, o psicólogo, o nutricionista, o terapeuta ocupacional ou o assistente social poderiam permanecer na convivência com os pacientes enquanto a equipe de enfermagem se reúne em grupo educativo.

A participação da equipe de enfermagem em espaços educativos multidisciplinares ainda é algo instituinte, ou seja, ainda está em vias de se fazer. Vale lembrar que movimentos instituintes abrem linhas de fuga, operando práticas inovadoras. Uma prática instituinte pode ter força social que a torne instituída. Isto dependerá de muitos aspectos. Dependendo da organização, o instituinte pode ser reprimido, capturado, marginalizado ou se tornar instituído. Muitas vezes, isso ocorre sem a consciência dos grupos que operam a prática instituinte (LOURAU, 1993).

A equipe de enfermagem apontou que apenas questões referentes aos pacientes devem ser abordadas em espaços multidisciplinares, e que os outros aspectos referentes ao trabalho ou às subjetividades dos profissionais devem ser discutidas em espaços que sejam apenas da enfermagem ou em diálogo entre o enfermeiro-chefe e o profissional da equipe de enfermagem que esteja com dificuldade. Mencionam que assuntos que não envolvem diretamente questões relacionadas ao paciente podem ser cuidados através de uma espécie de supervisão, que o chefe da equipe de enfermagem pode realizar junto a sua equipe, oferecendo acolhida nas angústias, orientação e suporte profissional e emocional. E então, após o momento de supervisão com o enfermeiro do setor, ele deve transmitir ao coordenador da equipe multidisciplinar as dificuldades advindas do trabalho para a equipe de enfermagem, na busca de encontrar maneiras de solucionar ou intervir em tais dificuldades.

Segundo Tavares (2005, p.407), o campo psicossocial evoca a interdisciplinaridade como uma necessidade interna, “uma vez que seu objeto de trabalho envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas e biológicas”. A mesma autora considera que “a integração entre diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial” (TAVARES, 2005, p.407).

Assim, um espaço formador ideal deve ser de característica transdisciplinar. No entanto, como a participação da equipe de enfermagem nestes processos educativos

transdisciplinares é esvaziada, torna-se necessário para a equipe de enfermagem contar com espaços que deem conta da especificidade desta profissão no campo da saúde mental.

Outra categoria que emergiu foi a institucionalização das formas de abordagem ao paciente “trabalho de convivência x trabalho de consultório”. Entende-se que a equipe de enfermagem tem como principal lugar de abordagem a convivência com o paciente no setor, enquanto o médico e o psicólogo têm o consultório como principal espaço de abordagem.

O grupo refere que é relevante que os psicólogos discutam com a equipe de enfermagem a respeito dos endereçamentos que aparecem durante suas consultas, pois, com este retorno, a equipe de enfermagem estará mais preparada para a convivência com o paciente. É necessário que se transmita à equipe de enfermagem a clínica de cada paciente, para que eles estejam mais instrumentalizados para lidar, por exemplo, com as questões delirantes dos pacientes. E isto acontece através da comunicação em equipe, da troca e da construção multidisciplinar.

Assim como é fundamental que os profissionais de enfermagem possam transmitir ao médico ou ao psicólogo as observações que eles tem feito a respeito de determinado paciente. Isto porque algumas vezes o profissional de enfermagem tem oportunidade de recolher algo em relação à clínica de um paciente durante a convivência, algo que não pôde aparecer no consultório.

O trabalho em equipe interdisciplinar é uma necessidade para que se atenda à Reforma Psiquiátrica, pois o portador de sofrimento requer uma equipe complexa, tal como é a natureza de sua situação de saúde.

Tavares (2005) faz uma reflexão teórica com o objetivo de analisar a interdisciplinaridade como elemento fundamental para a formação do enfermeiro psiquiátrico na perspectiva da atenção psicossocial. Ao analisar a repercussão da interdisciplinaridade no âmbito da enfermagem, a autora demonstra que a busca desenfreada da identidade profissional da enfermeira psiquiátrica gerou dificuldades para a interlocução da mesma com os demais membros da equipe técnica de saúde mental. Defende, também, que a intensificação das parcerias entre universidade e serviço de saúde, a integração curricular de disciplinas de diferentes áreas e o uso de metodologias problematizadoras de ensino constituem estratégias fundamentais para a formação interdisciplinar do enfermeiro psiquiátrico (TAVARES, 2005).

A prática da enfermagem psiquiátrica tem exigido uma maior percepção das necessidades do paciente, sendo que ao enfermeiro compete o desenvolvimento de habilidades que lhes possam conferir melhor desempenho de suas funções e de sua equipe,

com educação contínua (*continuing*), principalmente no que se refere à cooperação interdisciplinar, com foco no cuidado que visa ao atendimento do paciente em todas as suas dimensões, independente do tipo de serviço em que atue (SOUZA, CRUZ e STEFANELLI, 2007).

5.5 PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O GRUPO EDUCATIVO

A equipe de enfermagem considera o grupo educativo um espaço de aprendizagem e de reconhecimento profissional, pois nesse espaço é possível reafirmar o valor dos conhecimentos de enfermagem para o campo da saúde mental.

De acordo com a equipe de enfermagem, o grupo educativo semanal para a equipe de enfermagem dá visibilidade ao seu trabalho. Cita que algumas discussões feitas neste espaço foram estimuladas a serem realizadas também em outros espaços – multidisciplinares – de reflexão do hospital. A partir de grupo focal, evidenciou-se que a possibilidade de participar de espaços multidisciplinares no HP é relacionada a o mérito adquirido a partir da existência do grupo educativo de enfermagem.

Desta forma, a equipe de enfermagem sinaliza como perspectivas para o grupo educativo a aprendizagem, o reconhecimento, a visibilidade, o tornar o trabalho mais produtivo, os quais têm podido acontecer a partir de algumas ações educativas no HP.

Consideram que seja importante que o grupo educativo consiga alcançar os profissionais mais resistentes, aqueles com dificuldade para aderir às novas formas de cuidar em saúde mental.

O grupo educativo é apontado como um ativador de mudanças, possuindo um potencial instituinte capaz de modificar alguns saberes instituídos que resistem às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica.

O instituinte rompe o instituído em busca de uma subjetivação livre. Isto é fundamental, porque a realidade dos grupos não é homogênea, já que se trata de produção humana (Lourau, 1993). Neste contexto, nota-se a necessidade de movimentos instituintes constantes, abrindo linhas de fuga, operando-se práticas inovadoras. Evidencia-se, assim, a relevância do potencial instituinte do grupo educativo para a enfermagem.

Os sujeitos deste estudo consideram ser enriquecedora a variedade de pontos de vista dos participantes no grupo educativo. Depõem sobre a força democrática do grupo, já que,

tanto as falas de acadêmicos como de profissionais que trabalham no hospital há 20 anos é acolhida, sendo esta a força para se alcançar maior profundidade nas reflexões propostas. Consideram que, para os profissionais recém-chegados, é gratificante e formador ver o entusiasmo com que falam os que estão ali há muitos anos, como, por exemplo, os criadores do Centro de Convivências. Mesmo depois de 15 anos, estes profissionais ainda demonstram prazer no que fazem. Assim como o contato com pessoas menos experientes também proporciona aprendizado aos mais antigos.

Relatam que é importante que as ações educativas façam com que se sintam renovados, através de espaços para a fala e para a escuta. Isso confirma a assertiva trazida na introdução deste estudo de que a experiência como enfermeira do hospital psiquiátrico possibilitou observar que a equipe de enfermagem demanda por espaços em que lhe seja dada a palavra, em que possa dividir suas dificuldades e anseios na lida com a psicose, espaços em que esta equipe possa degustar de um conhecimento produzido coletivamente, em que possa, enfim, experienciar a produção de vida pelo trabalho. Desta forma, a AI torna-se um valioso instrumento para viabilizar a desruptura da realidade, passando a ter nos espaços de EP um lugar dado aos questionamentos, às modificações e à força dos grupos sociais.

Quanto aos fatores que poderiam potencializar a participação no grupo educativo destaca-se, conforme os sujeitos deste estudo, a possibilidade de realização dos encontros do grupo educativo para a enfermagem ocorrer mais de uma vez por semana, pois o fato de ser fixo em um único dia da semana (quarta-feira) dificulta a participação dos profissionais que trabalham no HP em outros dias da semana. Para muitos não é viável ir ao hospital para participar das ações educativas fora de seu dia de plantão, devido à dupla ou tripla jornada de trabalho. Segundo eles, se houvesse uma rotatividade nos dias, haveria possibilidade de oportunizar a participação de um maior número de pessoas.

Aqui, destaca-se o analisador “frequência dos participantes”, tendo o analisador como algo que permite enunciar as determinações da situação (Altoé, 2004). Observou-se, através dos dispositivos deste estudo, que o grupo educativo costuma ter sempre os mesmos participantes, e os profissionais que trabalham em outros dias dificilmente estão presentes, sendo necessário que se criem estratégias para que esses profissionais que trabalham em outros dias da semana também participem do grupo educativo.

Outro analisador evidenciado foi “dinheiro”. Compreende-se o analisador algo que se caracteriza como fenômeno de aspecto histórico, natural (que diz respeito naturalmente a uma situação de tensão) ou construído (dispositivo experimental), que introduz a instituição em

uma crise vivenciada por um grupo, por uma organização ou por uma sociedade inteira (Altoé, 2004).

Assim, a equipe de enfermagem menciona que o ponto de partida é o profissional querer participar. Mas, para isso, ele precisa de tempo disponível para participar do grupo educativo. Desta forma, considerando-se o analisador dinheiro, segundo a equipe de enfermagem, é necessário que o profissional de enfermagem não tenha outros empregos além do HP em estudo, que ele tenha um salário melhor para não precisar recorrer a outro local de trabalho e uma carga horária de trabalho menor para que ele se organize a fim de que possa estar nesses espaços educativos.

Apontam ser relevante a proximidade do local. As ações educativas para a equipe de enfermagem devem acontecer em locais próximos, ou de preferência, dentro do próprio hospital.

De acordo com o grupo, é necessário que haja mais investimentos dos setores de trabalho, ou das enfermarias, pois trata-se de uma capacitação para que os funcionários melhorem o trabalho no próprio setor. Exemplificam que, por vezes, o tema a ser discutido no grupo educativo será importante, mas que nem sempre podem ser liberados para participar deste espaço, por não ter outra pessoa para fazer seu trabalho enquanto ele estiver fora do setor.

Vale destacar que a educação permanente requer investimentos, pois pode propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de ensino e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a construção de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (Ceccim, 2005).

No entanto, um aspecto relevante a ser discutido é o envolvimento/compromisso dos participantes com a realização do grupo educativo. As equipes de enfermagem devem atuar de forma mais ativa nesses espaços.

Se a equipe de enfermagem considera que deve haver mais investimento institucional na sua formação, então ela própria precisa conquistar esse espaço, e não esperar passivamente que outros o forneçam espontaneamente.

Um exemplo de escassez da participação dos profissionais de enfermagem na sustentação do grupo educativo se dá no fato de que, quando a coordenadora do grupo não

pode estar presente, por vezes o grupo não ocorre. Há ainda pouco compromisso por parte dos próprios profissionais no que se refere ao engajamento no espaço de formação da enfermagem.

Um profissional comprometido com o social é aquele situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos, que condicionam seu modo de estar no mundo. Este sujeito poderá transformar, desejar e ousar a mudança. Somente estando-se situado, é possível sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo. O profissional pode se comprometer em ser um ser da práxis. Isto mostra que o compromisso social requer um sujeito capaz de construir um saber crítico sobre si mesmo, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo (MARTÍN-BARÓ,1997).

A conduta humana é enfocada a partir de um projeto que o homem se propõe a realizar (Fernandes, 2007). E as características deste projeto dependem do objetivo que se pretende alcançar com a ação; ou seja, há uma relação entre a orientação para a ação futura e o motivo pela qual será realizada (FERNANDES, 2007).

Fernandes (2007) afirma que este projeto a ser realizado é delineado pelas mudanças, e é estruturado pelos valores. Aponta ainda que estes valores são, em parte, abstrações desejáveis pelos indivíduos, mas também produto de uma cultura e organização social. E a cultura que é construída dentro desta profissão dita o motivo pelo qual ela é praticada, aponta para onde ou de que forma caminhará sua essência.

O grupo faz menção às reuniões multidisciplinares diárias de setor, onde são discutidos os projetos terapêuticos dos pacientes. Porém, geralmente, nessas reuniões, há participação apenas de um enfermeiro e de um técnico em enfermagem e, segundo eles, seria interessante que toda a equipe de enfermagem pudesse participar dessas discussões diárias. Explicam que, até então, isso não é possível porque o setor continua funcionando normalmente enquanto acontecem essas reuniões.

Assim, para o grupo, é inviável tirar toda a equipe de enfermagem do setor para participar da reunião, assim como é inviável levar a reunião para dentro do setor porque os pacientes estariam ouvindo a discussão. Consideram que se trata de uma questão de viabilidade.

Em contrapartida, o grupo afirma ser possível realizar discussões diárias com a equipe de enfermagem, a respeito dos pacientes e do trabalho em si, se o restante da equipe multidisciplinar for co-responsável pela formação dos profissionais de enfermagem.

Em pesquisa desenvolvida com profissionais da enfermagem, Tavares (2006, p.287) concluiu que “a educação permanente da equipe de enfermagem de saúde mental exige, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar”.

No entanto, conforme esclareceu-se na introdução desta dissertação, apesar da relevância da interdisciplinaridade para uma formação em serviço, esta pesquisa teve como prumo uma proposta de EP para a equipe de enfermagem, especificamente. Isto porque o hospital estudado oferece diversos espaços de formação para psicólogos e médicos, em detrimento do que é oferecido à equipe de enfermagem. Desta forma, em busca de diminuir este débito, a presente pesquisa pretendeu defender, principalmente, uma EP para a enfermagem psiquiátrica.

Ainda no tocante ao espaço educativo idealizado, apontam ser enriquecedora a proximidade do enfermeiro com os técnicos em enfermagem, para ouvir sua equipe, orientá-los, viabilizando mudanças, principalmente para lidar com as questões que não dizem respeito necessariamente a algum caso clínico.

Os profissionais relataram que não há uma receita de bolo para lidar com suas frustrações, com suas dificuldades pessoais no trabalho, com questões de escala, de perfil profissional, de desentendimento entre a equipe, de corporativismo ou questões burocráticas, administrativas e trabalhistas em geral. Afirmam que, nesses casos, é necessária a proximidade entre enfermeiro e técnico, uma conversa no momento.

Essas questões, dependendo de cada situação, seriam, então, abordadas com cada pessoa individualmente ou nas reuniões da equipe de enfermagem que acontecem a cada um, dois ou três meses, e não no grupo educativo semanal da enfermagem. Essas questões devem ser abordadas com os próprios integrantes da equipe de enfermagem de cada setor, e não em equipe multidisciplinar e nem em conjunto com a equipe de enfermagem de outros setores. E então, após o momento de supervisão com o enfermeiro do setor, ele deve transmitir ao coordenador da equipe multidisciplinar as dificuldades advindas do trabalho para a equipe de enfermagem, na busca de encontrar maneiras de solucionar ou intervir em tais dificuldades.

Citam que a única forma de abordar as questões outras – que não relacionadas aos pacientes – no grupo educativo, seria através de oficinas, e não por discussões abertas, pois pensam que, muitas vezes, trata-se de questões pessoais. Consideram que, talvez, seja interessante dedicar um dia do grupo educativo semanal para falar das frustrações da equipe

de enfermagem, mas que isso não deve aparecer difundido ou naturalizado em qualquer discussão. Sustentam que através de oficinas podem ser construídos mecanismos de lidar com estas outras dificuldades que não estão relacionadas apenas ao paciente.

É valioso considerar que, para a equipe de enfermagem, cada aspecto temático requer um determinado dispositivo, determinado formato. Por exemplo, as questões relacionadas à clínica do paciente podem ser abordadas em reuniões multidisciplinares. No entanto, os assuntos que envolvem as subjetividades dos profissionais ou até mesmo aspectos a respeito da rotina da equipe devem ser tratados em espaços exclusivos da enfermagem.

Apontam sobre a importância de haver um incentivo maior para a participação nas ações educativas. No entanto, não conseguem dizer como deveria ser esse incentivo.

As relações envolvidas numa perspectiva de aprendizagem significativa não se restringem aos métodos de ensino ou aos processos de aprendizagem. Não é apenas uma pessoa transmitindo e outra aprendendo. Ensinar e aprender com significado implica interação, disputa, aceitação, rejeição, caminhos diversos, percepção das diferenças, busca constante de todos os envolvidos na ação de conhecer. A aprendizagem significativa segue um caminho que não é linear, mas uma trama de relações cognitivas e afetivas, estabelecidas pelos diferentes atores que dela participam (MOREIRA, 1999).

No que concerne às temáticas a serem abordadas no espaço educativo idealizado, eles afirmam que devem ser como tem sido no HP. Devem emergir temas que abordem as dificuldades do dia a dia do trabalho da enfermagem no contexto psicossocial, do trabalho em equipe, da lida com o próprio paciente, e não apenas questões solucionadas. Deve ser abordada a maneira de lidar com cada um, de acordo com suas demandas, no trabalho em equipe.

Abordar as dificuldades do dia a dia torna-se viável através da aprendizagem significativa, que não combina com a ideia de conhecimento encadeado, linear, seriado – como é o que detectei nas ações educativas para a equipe de enfermagem no HP, através da observação participante. Essa forma de conceber o conhecimento pode organizar o ensino, mas não a aprendizagem, que acaba se constituindo como um processo à parte, marginal a uma discussão engessada. Conceber o conhecimento organizado linearmente contribui para reforçar a ideia de pré-requisitos que acaba justificando fracassos e impedindo aprendizagens posteriores (MOREIRA, 1999).

Os participantes do estudo mencionam o fato de o grupo educativo semanal da enfermagem ter emergido da presença de acadêmicos e docentes da faculdade de enfermagem, e que, por isso, este espaço deve abordar temáticas que sejam de interesse acadêmico, que contribuam para a formação dos estudantes de enfermagem.

A equipe de enfermagem destacou que é necessário um espaço educativo que considere o profissional como ser humano. Falam sobre a importância em serem ouvidos quando não estão se sentindo bem com algo no trabalho, ou em poderem servir de ponto de equilíbrio para outro profissional que, em algum momento, não está suportando a lida com a loucura.

A esse respeito, pode-se voltar a falar em aprendizagem significativa, que é fruto da “permissão de ser”, mais que isso, é fruto da “sensação de ser” (Moreira, 1999). Fala-se da maneira específica e natural de ser de cada um de nós, que se transforma à medida que interagimos significativamente com o mundo e com os outros. Alguém que não tem “permissão de ser” não se habilita a aprender, pois não tem referenciais internos para alimentar a interação necessária com o objeto da aprendizagem. Os profissionais de enfermagem precisam sentir que podem ser o que são nos espaços educativos e que toda parte de si que não for muito conveniente será fruto de uma negociação respeitosa que levará a uma adaptação de comportamento que, por sua vez, será um ganho de habilidade relacional, um presente para ser melhor no mundo (DUARTE, 1999).

5.6 CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS EDUCATIVOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Diante dos achados discutidos nas categorias anteriores, foi possível elaborar uma cartografia dos processos educativos estudados. Entende-se que a cartografia não possui um esforço para recolher todas as informações possíveis. O produto que se busca, com sua aplicação, é uma totalidade originada em contribuições que possibilitem a indicação de melhores caminhos de superação daqueles focos considerados problemáticos. Seu maior objetivo é facilitar a “localização”, a identificação, ou melhor, servir de referência para a ação sobre pontos críticos (LOCH, 2006).

Assim, a análise por narrativas e as discussões descritas nas categorias anteriores já originaram o mapeamento crítico-reflexivo das ações educativas desenvolvidas no HP. Porém, até então, isso foi feito de forma discursiva. Portanto, foi elaborada uma cartografia

através da sistematização dos dados revelados pela presente pesquisa, na intenção de facilitar a compreensão dos dados que anteriormente foram cartografados de forma dissertativa.

Ceccim e Ferla (2005) apontam os recursos cartográficos como uma boa opção para a sistematização da pesquisa em saúde (sendo uma forma de qualificar a escuta às demandas) bem como para o ensino e para a aprendizagem na área. Esta metodologia abre a possibilidade de sistematização de conhecimentos úteis para a atuação em saúde.

Desta forma, com a elaboração do desenho cartográfico, acredita-se ser possível demonstrar de maneira mais objetiva os pontos de origem, os percursos e os destinos dos processos educativos para a equipe de enfermagem no HP. Além disso, pensa-se que tal desenho cartográfico poderá servir de instrumento para futuras pesquisas a respeito do desenvolvimento de ações educativas em serviços de saúde.

A cartografia vai registrando as transformações da paisagem, além de combinar e integrar a geografia e a história dos elementos do percurso, seus contornos e seu processo de transformação. Ela abre a possibilidade para uma diversidade de recursos e técnicas mais amplas do que a investigação tradicional, bem como para abordagens que podem gerar estranheza à pesquisa, tal como vem sendo apresentada desde a modernidade (CECCIM e FERLA, 2005).

Salienta-se que a cartografia como método torna a dissertação não o ponto final de um trabalho, mas sim o caminho que se delineia até sua conclusão. É um processo constituinte no qual nenhuma forma é dada como pronta, e tudo está em vias de criação e construção. Nesse sentido, cartografias são sempre provisórias, funcionais até o momento em que novas cartografias, ou seja, novas paisagens tomem forma. Portanto, o mapa que construímos e os processos de cuidar observados são, antes de qualquer coisa, o registro de um percurso seguido, de uma escolha feita em determinado momento, podendo ser modificável a cada novo olhar que se lançar sobre o fenômeno e admitindo-se múltiplas entradas e saídas.

Um ponto importante a destacar é o caráter dinâmico da “Cartografia”. Ao oferecer-se, não se propõe a criar um sistema de interpretação definitivo sobre determinada realidade, mas de abrir leques compreensivos sobre os aspectos que aparentemente se manifestam de maneira isolada, mas que guardam profunda interrelação uns com os outros. Mais do que simples compilação de múltiplos dados, portanto, a Cartografia é narrativa (LOCH, 2006).

Desta forma, buscaram-se elaborar o desenho das paisagens geográficas e históricas referentes aos pontos de origem, os percursos e os destinos dos processos educativos para a equipe de enfermagem no HP (figura 1).

Figura 1 – A CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS EDUCATIVOS. Niterói, 2011.



A cartografia não pretende, é bom destacar, determinar relações de causalidade entre manifestações e situações ou eventos, mas examinar criticamente o revelador entrecruzamento ou os entrelaçamentos entre as diferentes experiências da história singular e coletiva de sujeitos, num determinado contexto.

Nessa espécie de "tecelagem etnográfica" elaborou-se um desenho sem retoques de um todo vivido, mas nem sempre visível para seus sujeitos. Não foi feita uma síntese, tampouco alguma espécie de sincretismo, mas a expressividade proporcionada pelas inter-relações (COULON, 1995).

Ao cartografar, buscou-se produzir um mapa que acompanhasse os movimentos de composição e o desmanche das diferentes paisagens presentes no território que se propõe a explorar. Mais do que uma metodologia, a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto numa perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão (KIRST e GIACOMEL, 2003).

Esse método indicou uma direção ou um caminho a ser percorrido e possibilitou engajamento com o concreto. Seu caráter circunstancial permitiu visualizar o que Passos e Benevides (2003) chamam de pontos de congelamento da capacidade normativa, os limites que urgem a experimentação, a intervenção que desestabiliza e articula fragmentos para a criação de novos territórios existenciais.

Desta forma, por meio da figura 1, foi possível sistematizar os dados do estudo que levaram a compreender a cartografia dos processos educativos para a equipe de enfermagem presentes no hospital escolhido para estudo. Para tanto, considerou-se a cartografia com a idéia de um mapa dinâmico, que desenha os pontos de origem, os trajetos percorridos pelos processos educativos e os prováveis destinos a que levarão os caminhos percorridos até então, considerando-se o mapa dinâmico em sua provisoriade. Considera-se, ainda, que tal recorte cartográfico está atravessado pelas minhas implicações, como sujeito pesquisador inserido no campo de estudo.

Observa-se as diferentes localizações do mapa no que diz respeito não à causalidade, mas à interrelação que guardam um com o outro. Como traz Milano (1999), são elementos que se reclamam, que teem saudade um do outro.

Neste sub-capítulo de sistematização dos achados cartográficos, relacionou-se os diferentes pontos de origem, percursos e destinos. Porém, como já explicitado, isso não indica causalidade. Portanto, para que esteja preservada a real inter-relação entre as diferentes

paisagens do mapa, considera-se que a verdadeira cartografia está descrita ao longo dessa dissertação de forma descritiva, discursiva, pelos capítulos e sub-capítulos anteriores. O desenho apenas serve para uma melhor visualização dos movimentos explorados, com mais objetividade, guardando o risco que se corre em tentar objetivar um processo tão dinâmico, tão rico de composições e desmanches que não podem ser totalmente expressos num mapeamento mais gráfico.

Com uso das setas, apontou-se a direção dos pontos de origem para os percursos, e deste para os prováveis destinos alcançados. Com o recurso das cores, evidenciou-se a inter-relação das diferentes localizações do mapeamento.

Conforme podem ser visualizados na figura 1, os pontos de partida “Equipes de enfermagem: desejos e angústias pelo cotidiano do trabalho no hospital psiquiátrico” e “Poder instituinte latente: necessidade/capacidade das equipes de enfermagem em realizarem uma subjetivação livre a respeito do cuidar” relacionam-se com o percurso da busca de “Luta/Compromisso social”. E tais pontos de origem e percursos guardam relação com os prováveis destinos: “Organização social”, “Valorização profissional”, “Necessidades financeiras, vínculo empregatício x trabalho precarizado” e “Cotidiano do trabalho de enfermagem no hospital psiquiátrico”.

O ponto de partida “Acadêmicos de enfermagem da UFF: demanda por espaços de aprendizado” relaciona-se com o percurso “Troca: escuta e fala”, o qual possui ligação com o provável destino “Crescimento pessoal e profissional”.

Um dos pontos de partida para as atuais ações educativas oferecidas às equipes de enfermagem foram os “Cursos de atualização”, que ainda apareciam com demanda de temas mecanicistas a respeito do cuidado de enfermagem. Assim, o percurso relacionado com esse ponto de origem foi o de “Superar o pragmatismo da ação profissional tecnicista”, tendo como horizonte de destino “Alcançar ações educativas dialógicas, que produzem subjetividade”.

Outro aspecto que serviu de ponto de origem para as ações educativas foi o “Saber instituído – que resiste a mudanças – a respeito do cuidar em saúde mental, do trabalho em equipe e dos espaços de formação”. Tal ponto de partida guarda relação com o trajeto percorrido através da “Tensão ‘novo x velho’ ou Tensão instituído x instituinte”. Nesse contexto, busca-se como destino “Assegurar espaço acolhedor para profissionais de enfermagem distantes das ações educativas e resistentes às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica”.

A “Escassez do trabalho interdisciplinar no que diz respeito ao cuidado e às ações educativas desenvolvidas no HP” foi um dos pontos de partida para a reformulação das ações

educativas. Tal problemática relaciona-se ao o fato de os processos educativos terem percorrido pela “Cooperação de outros profissionais para tornar viável a EP em enfermagem” e pela “Pequena participação da equipe de enfermagem em espaços multidisciplinares de educação em serviço”. Nesse contexto, o estudo apontou que há a necessidade de “Delineamento de dispositivos tanto interdisciplinares quanto com exclusividade para a equipe de enfermagem”. Isso porque as equipes de enfermagem demonstraram que cada temática a ser abordada requer um tipo de dispositivo. Por exemplo: questões diretamente relacionadas a um projeto terapêutico devem ser abordadas em espaços interdisciplinaridades, devido à complexidade da natureza do cuidado a ser discutido. Já as questões referentes à organização do setor ou às dificuldades encontradas no trabalho em equipe devem ser abordadas somente entre os integrantes da equipe de enfermagem.

“Exigências da Reforma Psiquiátrica: demanda por ressignificação do cuidado ao portador de sofrimento psíquico e suas necessidades” aparece no mapa como um dos principais pontos de partida, o qual os trajetos gerados foram ” Cursos de atualização” e “Reflexão sobre o trabalho”. A finalidade desse ponto de origem e desses trajetos tende a apresentar uma enorme relevância através de “Novos sentidos em cuidar”.

Há uma localidade da cartografia que aparece tanto como ponto de partida, como necessidade de ser trajeto percorrido pelas ações e como provável destino das ações educativas para as equipes de enfermagem: “Repensar o que já está posto a respeito do cuidado e da educação em serviço”. Isto se justifica pelo fato de que a EP deve ser dinâmica, tal como são os encontros no cotidiano do trabalho no HP, tal como é o cuidado de enfermagem ao portador de sofrimento psíquico. Além disso, a própria proposta cartográfica por si só é considerada provisória, está atrelada a determinado contexto, a determinado recorte, aos atores sociais que naquele momento estão inseridos nas ações educativas e nos cuidados psicossociais. Por isso exige que seja constantemente redesenhada, revista, pelas paisagens que se desmancham e se reformam a todo o momento.

6. CONCLUSÃO

“Não se preocupe em ‘entender’. Viver ultrapassa todo entendimento.

Renda-se, como eu me rendi.

Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.

Eu sou uma pergunta.”

Clarice Lispector

Diante da difícil tarefa de desvelar o serviço de saúde em que trabalho, no que diz respeito aos processos educativos da equipe enfermagem, procurou-se dialogar de modo transparente com a realidade que vivenciada.

Como pesquisadora, houve um mergulho num universo familiar e paradoxalmente novo: as práticas cotidianas de EP no HP, procurando fazer o estranhamento do serviço.

A enfermagem psiquiátrica, como prática social vinculada às demais práticas de saúde, deve ser entendida como um elemento que participa e tem voz ativa dentro do trabalho transdisciplinar da equipe de saúde mental. Mas, para ampliar os sentidos do cuidado que por vezes se reduzem às questões de higienização, alimentação, administração de medicamentos e de vigilância e controle dos internos, são necessários esforços coletivos, através da EP. É preciso que os elementos envolvidos nesta problemática sejam capazes de refletir sobre seu dia a dia, problematizá-lo e, conseqüentemente, transformá-lo.

Acredita-se que, para se pensar espaços educativos implicados, deve-se perceber que a saúde expressa relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos ou cumpridos, entre os três tipos de atores sociais que compõem o conjunto de ações (portador de sofrimento mental, gestores e trabalhadores). Por isso, é fundamental compreender que se está diante de processos políticos que se apresentam sob a capa de serem meramente tecnológicos. Ou seja, são questões políticas que se realizam como modos técnicos de produzir as ações educativas, os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e da capacidade dos atores em cena para produzir acordos e controles nas situações em foco.

Nos dias de hoje, a discussão em torno da Reforma Psiquiátrica precisa ser revisitada e ampliada. A mudança não mais se contenta com a substituição do espaço manicomial pela rede de atenção psicossocial. A alteração do dispositivo assistencial, por si só, não garante a mudança efetiva no modelo de produção de cuidado. O alicerce da reforma – o resgate da cidadania e a revisão do processo de exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais – precisa ser perseguido através da EP em enfermagem.

Os hospitais psiquiátricos ainda aparecem como alternativa aos pacientes com quadro agudo e aos pacientes crônicos que foram privados do convívio social por muitos anos, sendo necessário, dentro deste contexto, pensar e discutir, através das ações educativas, o modo como está sendo produzido e vivido o cuidado nesses espaços. Para tal, deve-se considerar que todos os segmentos da produção do cuidado precisam ser inseridos na problematização dos processos educativos, a fim de que a democratização desses processos possa continuar avançando, já que a Reforma Psiquiátrica abriu outro ciclo permanente de construção e reconstrução da saúde mental.

Para isto, é fundamental que a própria proposta da Reforma Psiquiátrica seja discutida cotidianamente nos diferentes dispositivos assistenciais, via EP.

A reconstrução de um serviço centrado não só no usuário, mas em tudo o que o cerca – tendo na autoanálise e na autogestão dos profissionais o alicerce fundamental – não é algo inalcançável. É preciso um compromisso com a mudança na forma de governar e conduzir os processos educativos, procurando uma nova maneira de cuidar, responsabilizando todos os envolvidos por este cuidado. É preciso ainda um conjunto de sujeitos, movidos e sensibilizados com as questões da saúde mental e que protagonizem processos educativos dialógicos contínuos de reformulação de propostas e práticas.

Como na psiquiatria as relações de poder são o que legitima os processos educativos a favor da Reforma Psiquiátrica, é necessária a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e portadores de sofrimento psíquico.

Uma EP centrada nas necessidades dos usuários não exclui a valorização e humanização da própria equipe de enfermagem. A organização das ações educativas para a equipe de enfermagem no HP deve ser co-construída por trabalhadores, portadores de sofrimento psíquico, familiares e gestores para a busca de processos de mudança no cuidado e de trabalho responsáveis. Ao abordarmos o trabalho em saúde devemos ter em mente sua relação social, histórica e intersubjetiva.

Quando a equipe de enfermagem apontou a relevância da EP poder abordar questões que partem das práticas vivenciadas pelas equipes de enfermagem, reforçou-se a aplicabilidade da proposta de aprendizagem significativa. Neste momento vale retomar que a aprendizagem significativa possui um caráter dinâmico, não combina com a ideia de conhecimento encadeado ou linear e, principalmente, relaciona-se com o conhecimento prévio que o indivíduo adquiriu na vivência do seu cotidiano.

Para a inclusão das equipes de enfermagem nessa constante reconstrução das ações educativas, é necessário incluir neste processo o que eles já formulam a respeito do que é EP. A pesquisa revelou que, para esses profissionais, a EP deve estar atrelada ao fator cotidiano. Deve abordar questões do cotidiano do trabalho, deve ser incluída durante o fazer cotidiano e gerar mudanças no dia a dia do cuidar no contexto do hospital psiquiátrico.

Além do fator cotidiano, os profissionais apontaram que compreendem que a EP demanda uma continuidade, uma não interrupção, o que guarda a importância da institucionalização das ações educativas, garantindo esta continuidade. Revelou-se como um dificultador da continuidade o fato de as ações educativas dependerem da liderança instituída. Assim, quando as ações educativas puderem ser auto-geridas pelas equipes de enfermagem, passaram a ser garantidas não pela presença do líder, mas pelo desejo do profissional de enfermagem que executa o cuidado em si.

A pesquisa apontou, ainda, que, além de instrumentalizar para o trabalho, os profissionais entendem que a EP deve também aliviar as angústias dos que cuidam do portador de sofrimento psíquico. Mesmo que o conteúdo discutido na EP seja discussão de um caso clínico, ela considera questões subjetivas desses profissionais. Quando ocorre a fala e a reflexão sobre determinado caso clínico, muitas vezes ocorrem também a expressão das angústias das equipes que lidam com aquele indivíduo.

Além disso, o estudo mostrou que os participantes das ações educativas precisam empenhar-se tanto em receber conhecimentos como em transmitir algo a respeito de sua experiência para os outros profissionais. Destaca-se, assim, a relevância da troca de experiências, de expor e acolher as angústias referentes ao trabalho, a partir de práticas dialógicas, produtoras de subjetividade.

Evidenciou-se como perspectivas para os processos de EP a aprendizagem, o reconhecimento, a visibilidade, o tornar o trabalho mais produtivo. Assim, os profissionais de enfermagem acreditam que as ações educativas em serviço podem ter um potencial para subsidiar mudanças, um potencial instituinte capaz de modificar alguns saberes instituídos que resistem às mudanças sugeridas pela Reforma Psiquiátrica.

Neste tocante, destacou-se o analisador “resistência”, o qual apontou para a dificuldade que ainda existe de alguns profissionais de enfermagem em aderir às mudanças no que diz respeito ao grupo educativo e, especialmente, no que diz respeito às novas formas de cuidar propostas pela Reforma Psiquiátrica. Através deste analisador, observou-se a tensão entre instituído e instituinte no que concerne aos profissionais que ainda resistem às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica.

O analisador “frequência dos participantes” permitiu que a pesquisa contribuísse para apontar uma fragilidade do grupo educativo com a equipe de enfermagem que ocorre semanalmente no HP estudado. Tal fragilidade diz respeito ao fato de as ações educativas ainda alcançarem um restrito número de profissionais. Alguns profissionais têm uma assiduidade positiva, no entanto esses profissionais que têm acesso às ações educativas ainda são uma minoria. A frequência dos participantes conta com pouca variedade no grupo – alguns participam com frequência e a maioria participa de nenhum espaço educativo.

Este analisador indica a necessidade da construção de estratégias para que a EP possa contemplar um maior número de profissionais, em busca de, não apenas atualizar, mas, principalmente, de promover a autoanálise e a auto-gestão das equipes de enfermagem, visando a permanente reflexão sobre as formas de cuidar do portador de sofrimento psíquico.

Revelou-se que os profissionais de enfermagem ainda tem uma atitude passiva diante dos processos educativos em serviço. Ainda aguardam que outros profissionais garantam que a equipe de enfermagem tenha espaços para modificar/ressignificar sua prática cotidiana de cuidar no hospital psiquiátrico.

No que diz respeito às temáticas a serem abordadas, evidenciou-se que os casos clínicos, projetos terapêuticos e direções clínicas em relação aos portadores de sofrimento psíquico internados no HP devem ser abordados em espaços interdisciplinares, vista a complexidade que é cuidar considerando-se o fenômeno loucura.

Porém, a pesquisa apontou que temáticas que não estejam diretamente ligadas às questões clínicas – como frustrações, dificuldades pessoais no trabalho, escala de enfermagem, perfil profissional, ruídos entre a equipe, corporativismo ou questões burocráticas, administrativas e do processo de trabalho em geral – devem ser abordadas em espaços exclusivos da equipe de enfermagem, sem a participação de outros profissionais.

Compreende-se, embora não esteja muito claro para a equipe de enfermagem, que temáticas que a princípio não guardam relação indireta com os projetos terapêuticos podem

interferir nas formas de cuidar em enfermagem. As dificuldades que os profissionais de enfermagem enfrentam no cotidiano do trabalho no hospital psiquiátrico – sejam elas direta ou indiretamente relacionadas à abordagem ao portador de sofrimento psíquico – irão operar mudanças sobre o cuidado que esses profissionais executam. Isso poderá se dar de forma velada ou de forma revelada, e em ambas as formas isso provocará ruídos nas formas de cuidar, sendo, por isso, indispensável que todas as questões que atravessam o trabalho da equipe de enfermagem sejam discutidas em espaços educativos – e não apenas questões diretamente relacionadas à assistência em si.

Para a equipe de enfermagem estudada, para cada aspecto a ser abordado na EP, é necessário que se tenha um dispositivo educativo diferente, como, por exemplo, questões referentes à evolução clínica ou à forma de abordagem ao portador de sofrimento psíquico devem ser abordadas junto à equipe multidisciplinar. Porém, as angústias vividas pelos profissionais de enfermagem, devido à convivência com a loucura, às questões referidas, ao processo de trabalho e às dificuldades pessoais no trabalho, devem ser discutidas em um espaço exclusivo da enfermagem, pois os outros profissionais não dividiriam as mesmas dificuldades ou as mesmas formas de conduzir tais problemáticas. Assim, apesar da importância da interdisciplinaridade nas ações educativas, a equipe de enfermagem ainda sente que é necessária a garantia de um espaço de EP em que não haja a participação de profissionais de outras áreas, pois determinados entraves só podem ser discutidos entre os próprios profissionais de enfermagem.

Durante a elaboração dessa dissertação pode-se assegurar em meu papel como enfermeira, chefe de uma equipe de enfermagem, um espaço exclusivo para minha equipe, sem a participação de psicólogos, médicos, estagiários, terapeutas ocupacionais ou coordenação do setor. Pactuou-se com a equipe que, uma vez por mês, tínhamos uma reunião da enfermagem. Abordamos em nossas reuniões mensais questões de organização do setor, escala de enfermagem, férias, trabalho em equipe, impasses no trabalho interdisciplinar, angústias geradas pelo intenso convívio com o indivíduo psicótico e seus familiares.

Desde então, tem sido oferecido aos técnicos de enfermagem uma supervisão mais sensível aos aspectos subjetivos, em que, em geral, eles atestam as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho na enfermaria. Nesse espaço, existe a oportunidade de incluí-los em muitas decisões que, em outro momento tomar-se-ia sozinha. A co-participação dos técnicos de enfermagem possibilita observar maior democratização e coerência em relação às decisões tomadas -e maior adesão por parte deles às mudanças que são recomendadas em relação ao

trabalho em equipe, às rotinas de enfermagem e, principalmente, em relação ao cuidado junto ao portador de sofrimento psíquico.

A construção de objetivos que materializem as propostas das ações educativas, mais do que definir um conjunto de normas e ações a serem desenvolvidas, indicará um caminho a ser percorrido e, como tal, deve ser pautado na construção de ferramentas conceituais e práticas e de princípios orientadores que sejam compreendidos e discutidos com aqueles que efetivamente os transformam em processos de trabalho cotidiano – as equipes de enfermagem – com mudanças na forma de cuidar no campo psicossocial.

No campo relacional, é necessário pensar nos encontros, nas conversas, nas afetações, enfim. Necessita-se ponderar estratégias que vençam o medo ou a resistência às mudanças, sem apresentar como resposta o recrudescimento. Pensar e cartografar as práticas cotidianas educativas como potência para ressignificar o cuidado é tentar encontrar pontos estratégicos de intervenção em prol da abertura a novos encontros e afecções.

Do mesmo modo, entende-se que o cenário de reconstrução de qualquer serviço de saúde se dá em um campo de disputas de projetos, haja visto que estas disputas precisam ser encaradas, não como elementos bloqueadores do processo, mas como espaços para pactuações diversas, em que propostas e projetos, potentes para uma mudança efetiva, possam ser discutidos.

É necessário entender que as críticas aqui colocadas não servirão como elementos de desconstrução de tudo aquilo que já foi efetivamente conquistado. As questões apontadas poderão servir como elemento norteador para que os atores sociais envolvidos nos processos educativos da equipe de enfermagem no HP percebam que muito já foi percorrido e, assim, é hora de se fazer um balanço e um planejamento coletivo em cima dos novos objetivos a serem alcançados. Assim, a intenção foi a discussão crítica a partir do cotidiano a EP, comprometida com o cuidado responsável.

Vale lembrar que um estudo cartográfico é algo inacabado, um desenho que acompanha e que se faz ao longo do percurso.

Considera-se que um dos aspectos mais relevantes verificados neste estudo é a interação entre as ações educativas e o cuidado de enfermagem no hospital psiquiátrico, como meio de engendrar as mudanças que se fazem necessárias, principalmente no aspecto relacionado à promoção da cidadania do paciente psiquiátrico.

A EP em enfermagem deve ter como principal mote o desempenho de um cuidado como prática social, buscando abordar o portador, conforme o estudo revelou, através de

disponibilidade interna, agenciamentos intraequipe e extra-setor saúde, acompanhando esses portadores em seu dia a dia e na vida, respeitando-o em suas especificidades, em suas peculiares escolhas e apostando – ainda que provisoriamente – em vê-los usufruindo de um convívio social. Assim, as ações educativas devem servir para desenvolver novas formas de compreender e interpretar a realidade, questionar, discordar, propor soluções, ser um leitor reflexivo do mundo que o rodeia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.A.J.; MORAES, A.E.C.; PERES, M.A.A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. RENE**; 10(2):158-165, abr.-jun. 2009.
- ALMEIDA, P.J.S.; Pires, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 617 – 629, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf>. Acesso em 13/05/10.
- ALTOÉ, S., organizadora. **René Lourau - analista em tempo integral**. São Paulo, Hucitec, 2004.
- AMARAL, A.M. **Reforma psiquiátrica e construção de práticas emancipadoras em saúde mental: desafios para a enfermagem** [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1999.
- AMARANTE, P., organizador. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- AMARANTE, P., coordenador. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ: 1996.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Bontempo Editorial, 2000.
- ARANHA e SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em Saúde Mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 maio-junho; 13(3):441-9.
- BAKHTIN, M.M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 13ª Ed. São Paulo. Hucitec, 2009.
- BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009.
- BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5.ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BAREMBLITT, G.F., organizador. **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Ed. Vozes, 2002.
- BENEVIDES DE BARROS, R. **Sobre a oposição indivíduo/grupo: Contribuições de Foucault**. PUC-SP. 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 01/06/08.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília. O conselho: 1996.
- BURKE, P. **A escrita da história: novas perspectivas**. 3 ed. São Paulo: Editora Unesp; 2001.
- CAMPOS, G.W.S. É preciso fazer a reforma da reforma do SUS e dar fim aos desmandos. **Revista Radis: comunicação em saúde** 2005; 33: 20-2.
- CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O caso da Saúde**. Em Cecílio, L. C. (Org). *Inventando a Mudança na Saúde* (pp.29-88).São Paulo: Hucitec; 1994.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986. ISSN 1413-8123.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção**

social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 253-266.

COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**, 7(1), 52-80. 1995.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil - Um corte Ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

COULON, A. **Etnometodologia e Educação**. Petrópolis: Vozes, 1995.

DAÚD, J.N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do "doente mental". In: Boarini ML, organizadora. **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá, SP: Eduem; 2000. p 31-64.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DELEUZE, B. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.

DELEUZE, G; Guattari, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: 34, 1997.

DELEUZE, G; Guattari, F. **Kafka, por uma literatura menor**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DELEUZE, G; Guattari, F. **O Anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DUARTE, N. **Vigotsky e o aprender a aprender**. Ed. Autores Associados, São Paulo, 1999.

ESPINOSA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

ESPINOSA, B. **Tratado da reforma da inteligência**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FERNANDES, MFP; Freitas, GF. **A construção do conhecimento do graduando de enfermagem: uma abordagem ético-social**. Rev. bras. enferm. v.60 n.1 Brasília jan./fev. 2007.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra; 1998.

GAUTHIER, J; HIRATA, M. **A enfermeira como educadora**. Cap 9. in: Santo, Iraci dos et al. **Enfermagem fundamental**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.

GERMANO, RM. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 4ª. ed. São Caetano - SP: Yends Editora, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1961.

GOULART, M.S.B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, jun. 2006, v. 1 (n. 1): 1—19.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a Organização da Cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Ed.3. São Paulo: Editora 34, 2000.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.

GUATTARI, F. **O Inconsciente Maquínico - Ensaio de Esquizoanálise**. Campinas: Papirus, 1988.

GUATTARI, F; Rolnik, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

HELLER, A. **La revolución de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 1994.

JACOBINA, R.R. **O manicômio e os movimentos da reforma na psiquiatria: do alienismo à psiquiatria democrática**. Saúde e Debate 2000 jan/abr; 24(54):90-104.

KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SOUZA, J.; MIELKE, F. Resgatando ações de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental na produção científica. **Cogitare Enferm**, 2008 Jan/Mar; 13(1):109-17.

KASTRUP, V. Cartografias literárias. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 14, n. 2, 2002.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

KIRSCHBAUM, D.J.R. **O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos?** Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. *Cadernos do IPUB* 2000;6(19):15-36.

KIRSCHBAUM, D.I.R.; PAULA, F.K.C. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(2): 170-6.

KIRST, P.G.; GIACOMEL, A.E. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M.; KIRST, P. G. **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2003. p. 91-102.

KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1455-1461.

KONDER, L. **A Dialética e o Marxismo**. Trabalho necessário. Ano 1, n 1, 2003, p 1-10.

KOSÍK, K. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989.

LEAL, B. **Saber das narrativas: narrar**. In: Guimarães C, França V, organizadores. Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p.19-27.

LEFEBVRE, Henry. **Sociologia de Marx**. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

LEOPARDI, MT. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis (SC): Papa-livros; 1999.

LEOPARDI, MT et. al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.p.126-175.

LIMA, RVM; Pedrão, LJ; Gonçalves, JG; Luis, MAV. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. **Rev. Eletr. Enf.** 2010 [cited 2010 jun 30];12(2):348-53. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a19.pdf>

LOPES, ALM; Fracolli, L. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 771-8.

LOURAU, R. **Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ.1993.

LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. **A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental**. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1. São Paulo Mar. 2009.

MAGALHÃES, P.M. in BAREMBLITT, G.F. **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

MARTÍN-BARÓ, I. **O Papel do Psicólogo**. Estudos de Psicologia, 2, (1), 7-27; 1997.

MARX, K; Engels, F. **A ideologia alemã**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 67-113.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R.; organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004.

MILANO, A. **El archipiélago**. Figuras del outro Occidente. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

MINAYO, M.C de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Afirmada pela Resolução do CNS nº 335. Brasília: A Secretaria; 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 1.996.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: A Secretaria; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 198.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: 2004.

MIRANDA, C.M.L. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos do IPUB* 1999; 3:95-101.

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem significativa.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

NASI, C.; CARDOSO, A.S.F.; SCHNEIDER, J.F.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C. **Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** *REME rev. min. enferm*;13(1):147-152, jan.-mar. 2009.

NETO, J.P. **Encontro Nacional de Assistentes Sociais** (Palestra em vídeo), CEFESS, nov. 1997.

OLIVEIRA, F; SILVA, A. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *Rev. Bras. Enferm.* 2000 Out-Dez; 53(4): 584-92.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso: princípios e fundamentos.** 3ªed., Campinas, SP: Pontes, 2001.

PAIM, J.S.; FILHO, N.A. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Políticas da transversalidade ou a transversalização como método clínico-político.** São Paulo: Instituto Therapon, 2003.

PEREIRA, W.C.C. **Movimento institucionalista: principais abordagens.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, Ano 7, n. 1, 1º semestre de 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 67-113.

POLIT, O.D.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo.** 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

RODRIGUES, H.B.C.; SOUZA, V.L.B. A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo. In V.R.KAMKHAGI; SAIDON, **Análise Institucional no Brasil** (pp.27-47). Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: EdUFRGS, 2007.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 149-169.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI F.; LEONARDIS O.; MAURI, D., organizadores. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

SACRISTÁN, JG; Pérez Gómez, AI. **Compreender e transformar o ensino**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SAIDEL, MGB; Toledo, VP; Amaral, GR; Duran, ECM. **O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal**: estudo exploratório descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007;28(2):200-6.

SAIDON, OI in BAREMBLITT, G.F. (org.). **Grupos**: Teoria e Técnica. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

SANTOS, A.C.C.F. Referencial de cuidar em Enfermagem Psiquiátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 51-55.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SILVA, A.L.; PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. Imagem e Identidade profissional na construção do conhecimento em Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.10 no.4 Ribeirão Preto July/aug. 2002. Acesso em 08/05/08.

SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-American. Enferm.** 2005 Maio-Jun; 13 (3): 441-9.

SOBRAL, V.R.S.; TAVARES, C.M.M.; SANTOS, I.; SILVEIRA, M.F.A. Sensibilizando a formação do cuidador. **Enfermeria Global**, Espanha, v. 3, 2003.

SORDI, M.R.L. de; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 1998, vol. 6, no. 2, pp. 83-88.

SOUZA, M.G.G.; CRUZ, E.M.T.N.; STEFANELLI; M.C. Educação Continuada e Enfermeiros de um Hospital Psiquiátrico. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):190-6.

SOUZA, M.G.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. **Educação continuada em enfermagem psiquiátrica**: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(1):105-10.

STOLKINER, J. **Recontextualizando Reich**. New York: Open Orgonomy, 2005.

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, pp. 287-295.

TAVARES, C.M.M. A Interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; 14(3):403-10.

TAVARES, C.M.M; Santos, I; Figueiredo, N; Sobral, V. **Construindo uma nova história de sensibilidade**. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 1, n. 2, 2002.

TEIXEIRA, R.R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. In: Research Conference on Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California; 2004.

TOLEDO, V.P. **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4. ed.São Paulo: Atlas, 2003.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A Enfermagem e o cuidar na área de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):738-41.

WAIDMAN, M.A.P.; BRISCHILIARI, A.; ROCHA, S.C.; KOHIYAMA, V.Y. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. **Rev. RENE**;10(2):67-77, abr.-jun. 2009.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. **Grupos focais**: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam., v.120, n.6, p.472-481, 1996.

WIGGINS, GS. **The analysis of focus groups in published research articles**. Can J Program Evaluation. 2004;19(2):143-64

APÊNDICE 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**

Representante Comunidade Científica

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Jano Alves de Souza / Pedro Ferreira M. Filho
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina – Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A. Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

Rosângela Arrabal Thomaz
Faculdade de Medicina

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Luis Antônio C. Ribeiro / Gilvan Hansen
Instituto de Ciências Sociais – Depto Filosofia

Joseberg M. Andrade / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais – Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

CEP CMM/HUAP nº 164/2010

CAAE nº : 0130.0.258.000-10

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

“O DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA SAÚDE MENTAL.”

Pesquisadora Responsável:

Cláudia Mara de Melo Tavares

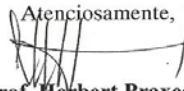
Pesquisadores Colaboradores:

Marcela Pimenta Muniz

Data: 06/08/2010

Parecer: Aprovado

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: O DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA SAÚDE MENTAL.

Pesquisador Responsável: Marcela Pimenta Muniz

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense – Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Telefones para contato: (21) 9272-8189; (22) 8813-8096

Nome do Voluntário (a):

Idade: _____ anos RG: _____

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do Projeto de Pesquisa “O DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA SAÚDE MENTAL” de responsabilidade das pesquisadoras Marcela Pimenta Muniz e Dra. Cláudia Mara de Melo Tavares. Sua seleção ocorreu por ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou gestor no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Unidade de Origem.

Esta pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa de dissertação do Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense – UFF. Tal projeto aborda a questão do desafio em se implementar educação permanente (EP) em enfermagem no cotidiano da saúde mental. Os objetivos da pesquisa são: compreender os fatores do cotidiano da profissão de enfermagem em saúde mental que interferem na consolidação de um espaço de EP; delimitar uma estratégia pedagógica a ser eficientemente utilizada na EP de acordo com o contexto político-social dos processos de trabalho na instituição em questão. Desta forma, será viável a elaboração de uma proposta de EP implicada com o compromisso social da profissão de enfermagem e com a reestruturação produtiva desta profissão no campo da saúde mental. Para a coleta dos dados, serão realizadas entrevistas em grupo focal que serão gravadas em MP3 e serão apagadas após a transcrição das mesmas. E ainda, a identidade dos entrevistados será de total sigilo durante a análise e discussão dos dados obtidos.

As entrevistas serão realizadas em ambiente calmo e em um momento em que os entrevistados disponham de tempo para responderem aos questionamentos com tranquilidade, buscando minimizar possíveis danos emocionais aos entrevistados.

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

Niterói, ___ de _____ de 2011.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- Os referidos processos educativos se identificam mais com o conceito de educação continuada ou de educação permanente?
- Que instrumentos e estratégias são utilizados neste hospital para se praticar educação permanente para a equipe de enfermagem?
- Quais são os principais objetivos destes processos educativos?
- Quais os principais conceitos de cuidado que tem circulado nos espaços educativos para a equipe de enfermagem neste cenário?
- As colocações dos participantes nestas atividades são atitudes passivas ou ativas, como agente social nestes espaços?
- Como ocorre a inserção dos participantes nas atividades de educação em serviço?
- A inserção dos participantes no grupo se dá por convite, obrigatoriedade ou por conta própria (independente de um convite)?
- Quais são os meios de incentivo para a ampla participação nestes processos educativos por parte dos profissionais de enfermagem deste hospital?
- Os sujeitos participantes apresentam discrepâncias entre si quanto as suas presenças ou participações nestes processos educativos?
- O grupo de participantes é heterogêneo ou homogêneo? Em que aspectos?
- Os participantes encontram-se em patamares equivalentes no que concerne ao nível de conhecimentos específicos?
- Ocorre predomínio da fala de algumas pessoas ou ocorre uma livre circulação da palavra?
- Que sujeitos estão à frente deste trabalho educativo?
- De que forma os processos educativos em enfermagem neste hospital contribuiriam para a efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica?

APÊNDICE 4 - INSTRUMENTO PARA GRUPO FOCAL

- O que você entende por educação permanente?
- Que palavras você utilizaria para descrever cuidado em enfermagem psiquiátrica?
- Como você define os processos educativos que tem ocorrido neste hospital para a equipe de enfermagem?
- Os processos educativos em enfermagem que tem ocorrido neste hospital contribuem para a efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica? Exemplifique?
- Como seria um espaço educativo ideal? Use a imaginação. Não se preocupe se é possível ou não.
- Qual sua percepção a respeito da sua participação nestas atividades educativas?
- O que você pensa ou sente enquanto participa dessas ações educativas?
- Sua participação é motivada por questões de que natureza: de ordem afetiva, de valores e atitudes, por obrigação e/ou da ordem do cognitivo (para aquisição de conhecimentos)?