

## Indicios para la educación permanente en salud mental en la atención básica guiada por la Clínica Social\*

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

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

Cinira Magali Fortuna<sup>3</sup>

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

Flávio Adriano Borges<sup>4</sup>

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

**Objetivo:** analizar el proceso de Educación Permanente en Salud sobre salud mental con equipos de Salud de la Familia. **Método:** investigación intervención realizada con 20 trabajadores de dos equipos de la Estrategias de Salud de la Familia. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas y 12 encuentros de reflexión, con cada equipo. Se utilizaron los principios de la Clínica Social para guiar los encuentros y analizar los datos. **Resultados:** fueron identificados siete indicios señaladores del proceso de Educación Permanente en Salud: efectos producidos a partir de las elecciones de inclusión de la administración en la planificación de los encuentros, revelando modos instituidos de trabajo; dar atención al no control, en los movimientos de formación; utilización de la restitución en los encuentros, disminuyendo la rigidez y tensiones; dar atención a las instituciones que nos atraviesan; analizar la implicación de la facilitadora de formación, redirigiendo comportamientos y actitudes; problematizar sobre el objeto, instrumento y finalidad, que favorecerán la reflexión sobre el cuidado en salud mental; y, aprender a facilitar y experimentar la Educación Permanente en Salud en el acto de hacer. **Conclusiones:** la Clínica Social auxilió la vivencia de facilitar la formación en el trabajo, apuntando indicios para la construcción colectiva del conocimiento contextualizado, reflexivo y problematizador. **Descriptores:** Educación Continua; Capacitación Profesional; Salud Pública; Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Enfermería em Salud Publica.

\* Artículo parte de la tesis de doctorado "A educação permanente em saúde para formação em saúde mental na atenção básica, guiada pelos princípios da socioclínica institucional", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación em Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

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

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

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación em Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

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

### Cómo citar este artículo

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

URL

## Introducción

El Consejo Nacional de Salud (CNS) aprobó la Política de Formación y Desarrollo para el Sistema Único de Salud (SUS): Caminos para la Educación Permanente en Salud, que instituye la Política Nacional de Educación Permanente (PNEPS) como estrategia del SUS para la formación y el desarrollo del trabajo, considerando la responsabilidad constitucional, del Ministerio de la Salud, de ordenar la formación de recursos humanos para el área de la salud<sup>(1)</sup>.

Se entiende que la Educación Permanente en Salud (EPS) es una propuesta de aprendizaje relevante por contemplar al trabajador como un protagonista del proceso de formación. Esta última - también dirigida para los problemas y dificultades experimentados en lo cotidiano de la producción del cuidado, de la administración y de la participación y control social - posibilita construir espacios colectivos para reflexionar y evaluar las acciones de lo cotidiano en los servicios de salud, descentralizando y diseminando la capacidad pedagógica entre administradores y trabajadores, operando en la micropolítica del proceso de trabajo. De esta forma, permite la formación profesional al mismo tiempo en que las transformaciones de las prácticas de salud son producidas<sup>(2-4)</sup>.

La EPS es una de las estrategias que puede favorecer la ampliación del cuidado en salud mental en lo que se refiere a los servicios de salud y a la red de cuidados; además, coloca en evidencia diversas posibilidades de herramientas de trabajo que pueden ser utilizadas en el contexto psicosocial, considerando que nuevas políticas y directrices están orientando el cuidado en red, lo que envuelve trabajadores de diversos servicios y necesariamente la Estrategia Salud de la Familia (ESF), buscando la construcción de autonomía y reinserción social de los sujetos<sup>(5-6)</sup>.

A pesar de ese indicativo de cuidado en red, estudios apuntan que los equipos de las ESF refieren dificultades en la atención a personas con sufrimiento mental, refiriendo fragilidad para este cuidado específico y la necesidad de formación para ejercerlo<sup>(7-11)</sup>.

Además de eso, es relevante que el cuidado en salud mental también sea comprendido por el área de la salud en general; en la cual, el trabajador reconozca que en la demanda de salud mental pueden estar presentes en diversas quejas relatadas por los usuarios que llegan hasta la ESF. Siendo así, pensar en la EPS como estrategia capaz de generar procesos reflexivos que abarquen el cuidado en salud mental, puede resultar en un cuidado integral a la persona y su familia.

Delante de ese contexto, aparece una nueva demanda para la formación de trabajadores en el local

de trabajo, por el trabajo y para el trabajo<sup>(12)</sup>. Para que exista la ampliación de la comprensión y una perspectiva de la salud mental - como siendo un cuidado integrado a la práctica que considere la integralidad del sujeto - es necesario que la formación sea guiada por la reflexión del proceso de trabajo y por una construcción colectiva, no impositiva, que abarque la atención psicosocial como orientación.

A pesar de que existe esa necesidad de formación, la mayoría de los estudios internacionales apuntan para una lógica formativa todavía orientada para entrenamiento y capacitación tradicionales, con evaluaciones de sus impactos en lo cotidiano del trabajo<sup>(13-17)</sup>.

Otro punto relevante se refiere a que las capacitaciones dirigidas para la salud mental, muchas veces son orientadas por el modelo biomédico/psiquiátrico, el que enfatiza el diagnóstico de los trastornos mentales y un tratamiento medicamentosos, además de suceder de modo descontextualizado, en lo cotidiano del trabajo en salud<sup>(18)</sup>.

Brasil se ha destacado en el aspecto de las formaciones que se originan a partir del contexto del trabajo en salud, dialogando con este, en una perspectiva permanente, buscando: propiciar la reflexión, la problematización, la desnaturalización de conceptos y las prácticas hegemónicas en salud mental. También: discutiendo diferentes perspectivas al respecto del sufrimiento psíquico y de la atención psicosocial; incorporando la discusión de intervenciones presentes en lo cotidiano de la práctica (acogimiento y escuchar calificado) y, ampliando los modos de cuidar de la salud de la población<sup>(19-20)</sup>.

Delante de ese contexto, entendemos que las capacitaciones no se muestran eficaces para posibilitar el cambio de la práctica y la incorporación de nuevos conceptos, por la descontextualización y por tomar como base apenas la transmisión de conocimientos en una perspectiva unidireccional<sup>(3)</sup>.

Así como la EPS, es uno de los ejes que estructuran la Clínica Social, el trabajo también lo es. Así, la práctica profesional incluye maneras de relacionarse con el colectivo del trabajo, de pensar esas relaciones y de atribuirles valores; así la práctica está constituida por un conjunto de actualizaciones de las relaciones que los sujetos establecen con la institución profesional, o sea, sus implicaciones profesionales<sup>(21)</sup>.

Por otro lado, la institución serían las normas y reglas establecidas y construidas socialmente; por ejemplo, la familia, la educación, la salud y el trabajo, entre otros<sup>(22)</sup>. En ese sentido, el sujeto individual y/o colectivo puede problematizar su cotidiano de trabajo, reconociéndose implicado en los aspectos e instituciones a los cuales él cuestiona.

Siendo así, tenemos que la Clínica Social Institucional puede actuar bajo la perspectiva de generar procesos de EPS; ésta no consiste en una modalidad técnica o protocolo de práctica y análisis, pero si en un medio para cuestionar al objeto y las intenciones de análisis, buscando entender las dinámicas sociales<sup>(21)</sup>.

Sus principios consisten en características a ser observadas en la delimitación de las intervenciones institucionales; ellas son: participación de los sujetos en el dispositivo; análisis de la encomienda y de las demandas; trabajo de los analizadores; aplicación de modalidades de restitución; análisis de las transformaciones que ocurren a medida que el trabajo avanza; intención de la producción de conocimientos; atención a los contextos y a las interferencias institucionales; y, análisis de las implicaciones<sup>(21)</sup>.

Los dispositivos son elementos como la escritura, el discurso y vídeos, entre otros, creados para/en situaciones de intervención que pueden desestabilizar los modos instituidos de funcionamiento de las instituciones, pudiendo también tornarse un analizador en caso de conseguir colocar alguna situación en análisis, revelando la estructura de la institución, provocándola y forzándola el diálogo<sup>(21,23-24)</sup>.

La encomienda se refiere a un pedido oficial de soluciones imaginarias o acciones para restaurar el *orden* y auxiliar a iniciar la intervención. Participa no solo quien *pide* la intervención, pero también lo que es pedido<sup>(23)</sup>. La demanda son aspectos conscientes, declaraciones, deliberaciones y también aspectos inconscientes y no dichos, pudiendo estar en concordancia con la encomienda o no. Así, la encomienda también posee demandas individuales<sup>(23,25)</sup>.

Durante el proceso analítico ocurren transformaciones que merecen destaque y atención para la Clínica Social. Del mismo modo ocurren interferencias institucionales, procesos de cruzamiento y de ruidos producidos, cuando lógicas institucionales entran en contradicción.

Para que todo ese proceso suceda, es necesario que exista análisis de las implicaciones del investigador y demás participantes en el desarrollo de la investigación Clínica Social. Analizar las implicaciones es colocar en análisis las relaciones que los sujetos establecieron con las instituciones por las cuales atravesaron<sup>(26)</sup>.

Utilizar los principios de la Clínica Social Institucional, para delimitar la EPS en salud mental en la ESF puede ser potencializar los procesos de aprendizaje e incentivar a los trabajadores a pensar y reflexionar sobre sus respectivos procesos de trabajo.

Por tanto, buscando responder al problema de investigación de cómo la Clínica Social puede potencializar el desarrollo de la EPS, en salud mental

en la ESF, este estudio tuvo por objetivo analizar un proceso de EPS, en salud mental con equipos de la ESF, guiada por los principios de la Clínica Social Institucional, apuntando indicios para desarrollarla y objetivando un proceso de construcción del conocimiento crítico, reflexivo, contextualizado y problematizador.

## Método

Se trata de una investigación intervención, guiada por el referencial teórico del Análisis Institucional – Clínica Social, realizada de marzo de 2016 a febrero de 2017. La investigación intervención tiene el carácter político de buscar las transformaciones a partir de la interrogación de los diversos sentidos, cristalizados en las instituciones, ampliando las bases teóricas y metodológicas; además, posibilita las producciones de conocimiento y de nuevas prácticas en un mismo momento. De esa forma, el investigador es sujeto y objeto de conocimiento<sup>(27)</sup>.

Los datos presentados compusieron parte de una tesis de doctorado cuyo campo de intervención estuvo compuesto por dos ESF, en un municipio de gran porte del estado de Mato Grosso.

Todos los trabajadores de las ESF participantes, interesados en el proceso de EPS/salud mental, fueron convidados a participar en la investigación intervención; estos totalizaron 20 sujetos: once trabajadores del equipo I y nueve trabajadores del equipo II. Once eran Agentes Comunitarios de Salud (ACS), dos médicas, dos enfermeras, dos técnicas de enfermería, dos recepcionistas y una digitadora. Ese número osciló durante los encuentros de formación, de manera que, en que cada grupo, existió en media de cinco a siete personas participando.

Se utilizó como instrumentos: la entrevista semiestructurada, con todos los trabajadores, buscando informaciones acerca de lo cotidiano del trabajo, de las prácticas de salud mental en la ESF y de vivencias en EPS. A partir de las respuestas, del análisis y de la restitución en grupo, fueron elaborados temas para orientar los encuentros de formación en salud mental. Las temáticas trabajadas fueron: propuestas de organización a partir de la PNEPS; la reforma psiquiátrica y el cuidado en salud mental en red; acogimiento y abordajes al usuario en sufrimiento mental y en uso de sustancia psicoactiva; trabajo en equipo; proyecto terapéutico singular; utilización de herramientas/escalas/instrumentos para el cuidado en salud mental; y, estrategias de cuidado en salud mental en la ESF. Estos encuentros de formación también son un espacio de producción de datos.

La EPS fue guiada por los principios de la Clínica Social Institucional con los trabajadores que aceptaron

participar; fueron realizados 12 encuentros, con promedio de dos horas de duración. Los encuentros fueron grabados y transcritos para ser analizados, protegiendo la identidad de los participantes.

Se utilizó también el diario de campo del investigador sobre el *hacer* de la investigación intervención. En ese diario, existían relatos sobre movimientos grupales, resistencias, avances y contenidos discutidos; o sea, es la narrativa del contexto histórico social reflejado en la actividad de la investigación<sup>(28)</sup>.

Como se trata de una investigación intervención, los resultados fueron discutidos con los participantes a medida que iban siendo producidos. Para la organización del material empírico, realizamos el trabajo de transcripción, seguido por la transposición, por medio de una lectura más atenta y reflexiva, considerando las declaraciones y los actos/gestos en los diferentes encuentros, los cuales fueron restituidos a los equipos. Finalmente, realizamos el trabajo de la reconstitución, oportunidad en que hubo la construcción de una narrativa argumentada en torno del análisis de las categorías<sup>(29)</sup>.

En la etapa de reconstitución, buscamos identificar indicios sobre la vivencia de una formación en salud mental por medio de la EPS, o sea, al analizar el material transcrito, guiados por los principios de la Clínica Social, tratamos de separar declaraciones, actitudes, comportamientos, acciones y posturas, que pudiesen ser indicios o puntos de atención para cualquier experiencia de EPS; por consiguiente posibles de ser analizadas y discutidas con los profesionales de salud que compusieron esta investigación intervención.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, con el parecer de nº CAAE 53029016.2.0000.5393. El estudio buscó garantizar el anonimato de los participantes y preservar la confidencialidad de las informaciones. Las declaraciones fueron identificadas por la letra T, refiriéndose al trabajador, seguido de numeración árabe escogida aleatoriamente; los registros del diario del investigador, fueron apuntados con esa nomenclatura seguidos del mes y año.

## Resultados

La vivencia en el proceso de EPS, para la formación en salud mental, apunta algunos indicios señaladores guiados por la Clínica Social Institucional.

El primer indicio es la reflexión y atención al proceso de hacer, planificar y pensar la EPS, sobre el modo instituido de organización y planificación de las formaciones y actividades en los servicios, sean ellas actividades de graduación, postgraduación, o residencia, una vez que el primer dispositivo creado

fue la inclusión de la administración, por medio de la Secretaría Municipal de Salud, en el proceso de selección de las unidades participantes del estudio, sin la inserción o consulta a esas unidades sobre sus intereses en participar, restringiendo la selección apenas a la Secretaría Municipal de Salud.

A veces, esa organización y planificación se vuelve contradictoria con la propuesta presentada, por el hecho de haber participación colectiva en los procesos decisivos desde el inicio de la planificación de la intervención. Incluir solamente la administración en ese proceso y crear un territorio de dudas, miedos, deseos, puede significar participar en el estudio por obligación, buscando satisfacer a la administración, hasta como medio de continuar siendo un servicio ejemplar, atendiendo lo que es propuesto o impuesto. *Los alumnos vienen para acá, comienzan una actividad aquí y después se marchan y nosotras no quedamos con la población para darle una respuesta* (T16); *Vinieron de lejos a tomar una foto del paciente y la familia queda en la expectativa [...]; viene otro alumno, viene otro, una hora se cansa y no resuelve* (T20).

Estos relatos permitieron una mirada reflexiva sobre el equipo de salud, dislocándose del lugar ya conocido: el lugar de docente. Muchas veces, como docentes, nos inserimos en el campo de la práctica, entramos en el espacio y territorio del usuario/familia y equipo de salud; y después, por una reorganización administrativa en la distribución de servicios para universidades, precisamos cambiar e iniciar la práctica en otra unidad realizando, a veces, una práctica irresponsable con relación a la continuidad del cuidado al otro y a la corresponsabilidad en este proceso.

El segundo indicio para hacer EPS es perder la ilusión de que existe un *control* y que esto hace parte del movimiento de aprender conceptos, prácticas y de pensar colectivamente. Permitir el no control del proceso de aprendizaje también es un indicio importante para la formación basada en la autoadministración por el colectivo. *¿Y si no resulta? ¿Y si el equipo no quiere? ¿Y si no aceptan? ¿Y si ellos no se identifican con la propuesta? ¿Será que podré realizar ese proceso?* (Diario del Investigador febrero/2016).

En ese sentido, compartir los hallazgos con los participantes en una perspectiva formadora centrada en la EPS, utilizando la restitución delimitada por los principios de la Clínica Social, es el tercer indicio presentado. La restitución puede ser una oportunidad de hacer una pausa, para mirar el proceso recorrido.

La finalidad de la restitución no es *reparar* informaciones, pero si compartir las percepciones con el equipo, colocándolas en análisis. El ejercicio fue de aproximación de procesos de autoadministración y

autoanálisis. *¿Pero cómo es eso [restitución]? ¿Usted va a hablar lo que tiene anotado y lo que está pensando?* (T16); *Cuando los alumnos vienen aquí, ellos anotan, conversan, preguntan y después se van; nosotras no quedamos sabiendo de nada* (T20); *Fue muy bueno que usted nos digiera sobre eso. Nosotras ya lo percibíamos, pero no era dicho* (T19).

El cuarto indicio es mirar más allá de lo que la persona declara frente a situaciones de rigidez y tensiones, en los encuentros, prestando atención a lo que la declaración contiene; cuáles "fantasmas", cuáles experiencias anteriores, o sea, el ambiente de las instituciones por las que atravesaron. *Cuando iniciamos la evaluación del encuentro, comencé a restituir a ellas mi percepción de desinterés del grupo, frente a los atrasos, las cancelaciones, al uso de celulares, entre otros, naturalmente fueron surgiendo declaraciones que retomaron la restitución. Entonces ellas comenzaron a verbalizar la obligatoriedad de participar del grupo* (Diario del Investigador agosto/2016). *Nadie explicó nada para nosotras hasta usted llegar. Llamaron aquí, avisaron que usted vendría y que sería alguna cosa de salud mental* (T9).

La participación de la administración en la indicación de las unidades participantes produjo un efecto de resistencia, proveniente de la falta de explicación, consulta y discusión en equipo, anteriormente a la entrada en campo. El referido equipo siempre experimentó el proceso de heteroadministración, o sea, partiendo del control y acción de los otros, en una relación de poder vertical y jerarquizado. Por tanto, es conveniente prestar atención al contenido de la declaración pronunciada en los encuentros.

El análisis de implicación de la investigadora es el quinto indicio con el cual, por medio de ese movimiento, fue posible, a veces, redirigir actos y comportamientos a medida que sobreimplicaciones fueron siendo identificadas.

La entrada en campo fue iniciada a partir de un raciocinio equivocado y sobreimplicado de que el deseo, las ideologías e implicaciones de la investigadora estuviesen de acuerdo con el deseo, ideologías e implicaciones de los trabajadores y administradores. Un equívoco que puede acontecer en otras experiencias de formación centradas en la perspectiva de la EPS, pudiendo ser redirigida a partir del análisis de la implicación.

La implicación estructural profesional con proceso de formación y con la especialidad en salud mental, y la existencia de un nivel psicoafectivo con la militancia en salud mental, resultaron en miedo e inseguridad relacionados al hecho de ser docente en una Institución de Enseñanza Superior trabajando en salud mental.

*Yo pienso que he exigido mucho de esta intervención. Exigido que resulte como respuesta a una expectativa de la voluntad de hacer efectiva la Red de Atención Psicosocial, de caminar con la Atención Psicosocial, de envolver y aproximar a los trabajadores de la red para el cuidado en salud mental* (Diario del Investigador mayo/2016).

Como medio de problematizar el cuidado en salud mental en el servicio durante el proceso de EPS, fue propuesto al grupo una discusión sobre el proceso de trabajo, que sería una reflexión de las prácticas de lo cotidiano, repensando objeto, instrumento y finalidad del trabajo en salud mental, a partir de las contribuciones de Mendes-Gonçalves<sup>(30)</sup>, guiando la formación en salud mental en el contexto de trabajo, provocando reflexiones y provocaciones sobre lo cotidiano de esas prácticas, siendo éste el sexto indicio para el desarrollo de acciones de EPS. *Nosotras hacíamos nuestro trabajo y no pensábamos en el objeto, instrumento y finalidad; yo nunca me había detenido a pensar en eso, reflexionar, hace un año haciendo mi trabajo y yo ni sabía lo que yo estaba haciendo* (T13). *Yo voy a la visita y muchas veces no había parado para pensar la finalidad. [...] ahora yo me quedo pensando en el camino para la casa del paciente* (T8); *Mi objeto de trabajo era la enfermedad misma, la locura, porque yo veía más el síntoma [...], ahora paro para pensar en eso [...] en el sujeto* (T3).

El séptimo indicio consiste en la indicación de aprender a facilitar y experimentar procesos de EPS en el acto de hacer, atendiendo la propia perspectiva de la EPS, o sea, colocar en acto, tratar de hacer, en la práctica, en lo cotidiano del trabajo. *Nosotras fuimos yendo, haciendo, cuando percibimos, ya estábamos haciendo Educación Permanente* (T19).

## Discusión

Es un desafío construir y pensar en modos efectivos sobre la formación del trabajador, a partir de su contexto de trabajo en salud, de forma que los procesos decisivos sean guiados por el colectivo, de manera que trabajadores y usuarios participen activamente<sup>(31)</sup>. No reconocer que la organización del proceso de trabajo en salud es el resultado de la inclusión e interacción de trabajadores y usuarios, puede producir formas burocratizadas de trabajo, con el empobrecimiento subjetivo del trabajador y consecuentemente del cuidado<sup>(32)</sup>. Así, el trabajador puede perder el deseo por el trabajo a medida que deja de reconocerse en el producto final del proceso de su trabajo.

La administración heterogénea puede aumentar la exploración del trabajo, la alienación, la reproducción de lo instituido y la naturalización de lo cotidiano; en

respuesta a ese contexto, pueden surgir propuestas autogestionarias como un movimiento instituyente<sup>(33)</sup>.

El proceso de formación (graduación, postgraduación, residencias y formación en servicio) no es *propiedad* de la EPS. En caso de que el facilitador de la EPS no preste atención a la construcción del conocimiento en el colectivo, tomando para sí la responsabilidad del proceso, podrá reproducir el modo instituido de funcionamiento de las instituciones, impidiendo que lo inédito suceda<sup>(2)</sup>, así como la potencia creativa y creadora de los colectivos.

El recorrido de la EPS sucede a partir del movimiento del colectivo, de la construcción conjunta, de la problematización orientada para las necesidades. Por tanto, no existe un cronograma o *plan de clases* a ser seguido; hay acuerdos y orientaciones, guiadas en los principios de la PNEPS.

La restitución, comprendida como una oportunidad para profundizar o cuestionar los análisis<sup>(21)</sup>, fue otro principio de la Clínica Social utilizado para experimentar la EPS, en la formación en servicio en salud mental, que también puede favorecer el movimiento del colectivo y la noción de la *ausencia de control*.

Al hacer la restitución y compartir el proceso de EPS en salud mental, los trabajadores también ocuparon un lugar de actores del movimiento de aprendizaje, pudiendo expresar actitudes e realizar interferencias institucionales, tales como: repensar y hablar sobre la obligatoriedad en participar y su relación con comportamientos de resistencia, rigidez y tensiones en los encuentros.

Una mirada más allá de los comportamientos y declaraciones presentadas, comprendiendo, por tanto, las instituciones que nos permean, puede favorecer la comprensión y resolución de conflictos en el proceso de formación. En ese caso, la resistencia como *barrera* para el desarrollo de la EPS no debe ser tomada como un sentido negativo; pero más bien como una oportunidad o camino para preservar determinado modo de trabajo/vida frente a un cambio de rumbo y como una posibilidad de enfrentar algunas determinaciones impuestas por la administración<sup>(34)</sup>.

Los principios de la Clínica Social Institucional favorecieron a la facilitadora de EPS (investigadora) para que consiguiese interpretar la rigidez en el grupo, como una posibilidad de crecimiento y de participación en la formación en servicio, estimulando procesos instituyentes de autoadministración.

Estar atento a esas interferencias institucionales, como el hecho de la administración municipal incluir los servicios de modo impositivo, abrió la posibilidad para un encuentro más potente. De lo contrario, podrían ser establecidas disputas, desencuentros y conflictos<sup>(35-36)</sup>.

Durante la restitución, se trató sobre no haber recriminación o diálogos cargados de denuncias impotentizantes, pero fue utilizado como un espacio destinado a la enunciación de *cosas*, siendo constructivo y respetuoso<sup>(22)</sup>.

Por medio de la restitución, fue posible rever la demanda del grupo, entendiendo que ésta se va modificando y no, necesariamente, sucede de modo explícito. El proceso de rediscusión de las demandas fue algo relevante para el análisis de implicación de la investigadora y facilitadora de la EPS, una vez que, desde la planificación de la investigación, como militante de la Reforma Psiquiátrica y especialista en salud mental, buscaba atender un objetivo de transformación de las prácticas del servicio por medio de la EPS.

Analizar estas implicaciones con el objeto de estudio, guiado por la Clínica Social, favoreció nuevas orientaciones y atenciones para el proceso de EPS, presentando una gran contribución para la facilitadora de EPS, en el sentido de reflexionar sobre cómo el investigador se relaciona con su objeto de estudio y de trabajo y de qué forma sucede esa interacción – análisis de implicación<sup>(25)</sup>. La implicación puede ser dividida, didácticamente, en tres dimensiones: afectiva libidinal, relacionada a los afectos, al gustar o no, a la empatía presente o ausente entre el investigador y el objeto de estudio; histórica existencial, son las visiones de mundo que *cargamos*; y, estructural profesional, son las cuestiones relacionadas a nuestro trabajo<sup>(37)</sup>. Por tanto, fue posible recorrer procesos autoanalíticos de análisis de la implicación de la investigadora con su estudio atravesando las dimensiones de esa implicación.

Esa comprensión acerca de las implicaciones permitió que la investigadora entendiese que la necesidad de control o desestabilización frente al no *control*, como presentada anteriormente, estaba relacionada a la implicación con su trabajo de docente, o sea, la institución enseñanza atravesó la investigación. Así como, movida por su ideología y afecto con el cuidado en salud mental, se mantuvo sobre-implicada, actuando a partir de un objetivo de implementación de acciones de salud mental en la atención básica en articulación con los demás servicios de la red de salud.

La sobre-implicación también experimentada es resultado de fuertes compromisos ideológicos<sup>(21)</sup> – en este contexto, la militancia y especialización en salud mental. El objetivo no consiste en hacer desaparecer la sobre-implicación, pero percibirla, tornarla visible y analizable, consecuentemente, no más actuando en el campo de la sobre-implicación, pero de la implicación, produciendo un conocimiento nuevo<sup>(38)</sup>.

Hacer EPS para formación en salud mental y ser concomitantemente delimitada por los principios de

la Clínica Social, favoreció espacios y oportunidades de rediscutir y reexaminar las necesidades del grupo, visitar la propuesta inicial y comprender que la EPS es un campo de diálogo que también debe considerar las interferencias institucionales, las diversas implicaciones y los deseos de todos los envueltos.

Otro punto consistió en la utilización de los conceptos de objeto, instrumento y finalidad, para rever el proceso de trabajo. El proceso de trabajo es un medio de construcción de subjetividades, en donde el sujeto establece relaciones y (re)produce su existencia, teniendo como elemento al objeto, en el cual el trabajo será aplicado, por medio de la utilización de instrumentos - que son formas materiales o no (como el conocimiento, la consulta individual, el medicamento, entre otros) - con la finalidad de alcanzar una determinada finalidad<sup>(30)</sup>.

Percibir esos aspectos del proceso de trabajo también es un indicio para que se consiga avanzar en la transformación de las prácticas profesionales a partir de la mirada reflexiva para lo cotidiano de estas.

En ese modo de aprender con el colectivo, muchos trabajadores fueron apuntando caminos que ampliaban la mirada para la persona en sufrimiento mental y/o en uso de sustancia psicoactiva (SPA) al mismo tiempo que reflexionaba sobre el objeto, instrumento y finalidad del su trabajo. De ese modo, la EPS guiada por los principios de la Clínica Social puede provocar *desaprender*, desterritorialización y reflexiones.

El movimiento de desterritorialización movilizado por la EPS también recorre esa percepción acerca del trabajo, de las implicaciones institucionales, esto es, si pretendemos avanzar en las discusiones sobre lo que hemos producido de eficaz y de potencia en el cuidado, la reflexión sobre la clínica, sobre el proceso de trabajo son relevantes y pueden apuntar para caminos de cambios, no por la imposición del conocimiento o por determinaciones de prácticas, pero si por la construcción conjunta de estas.

Así, a medida que los encuentros ocurrían, el equipo también comenzaba a tener clara la propuesta, ya que también iniciaba una participación activa en las discusiones, planificación y evaluaciones de los encuentros, entendiendo que la facilitadora no estaba en la posición de repasar informaciones, pero de construir significados que transformasen la práctica del trabajo en salud colectivamente, resultando en acciones de EPS.

Esos procesos permitieron que la facilitadora/ investigadora y los trabajadores enfrentasen escenas difíciles como: el no saber; la falta de control; los prejuicios; el ejercicio de una mirada para sí y para la propia práctica; y, cuestionar el porqué determinadas actitudes son realizadas rutinariamente de modo *mecanizado*, las que son tenidas como naturales,

generando cierta carga de sufrimiento. En ese movimiento, construir la formación a partir del contexto, de las fragilidades y potencialidades, fue algo potente y transformador.

El cuidado en salud mental envuelve aspectos jurídicos políticos, formación, valores éticos y políticos, en que el cuidado es centrado en el usuario/familia. Al considerar esos aspectos, no es más posible pensar al cuidado en salud mental como estando restringido al medicamento, a la centralizado en el saber, al poder médico y a soluciones estandarizadas; así, el cuidado debería ser guiado por la integralidad, en el contexto del sujeto, en su singularidad psicosocial.

O sea, la transformación de la mirada para el objeto de trabajo, provoca la creación de nuevos instrumentos apoyados en acciones intersectoriales, que buscan la reinserción social y autonomía de los usuarios<sup>(39)</sup>. Frente a eso, percibimos que los encuentros de EPS favorecerán momentos de aprender a aprender, a (des)construir y reconstruir nuevos conocimientos.

Esa capacidad crítica de mirar para la práctica y para las actividades de lo cotidiano con la mirada dispuesta a identificar fragilidades, pero también invenciones/creaciones, está inmerso en el proceso de percepción de la realidad, como siendo dinámica y fruto de una construcción social y histórica, que puede ser transformada<sup>(40)</sup>.

En ese sentido, los participantes de la EPS comenzaron a revelar la realidad en un movimiento de mirar para sí y para la práctica. Por tanto, consistió en pensar los movimientos de EPS como capacidad de *tornarnos otro*, o sea, de descubrir/producir/acoger otros dentro de nosotros; una singularidad múltiple, estimulando nuestra capacidad de creación, de desbravar, de curiosidad delante del mundo, activando nuestra potencia delante de la vida<sup>(41)</sup>.

Como límite del estudio apuntamos que los resultados no fueron discutidos con la administración municipal. Consideramos que las investigaciones cualitativas no poseen la ambición de generalizar resultados y si la de hacer reflexionar. De esta forma, la EPS sucede a partir de la realidad de cada cotidiano, por tanto, no nos proponemos (tampoco debemos), en esta investigación, construir un manual para formación a partir de los principios y directrices de la EPS; la propuesta es apuntar indicios que facilitan su desarrollo en el acto.

## Conclusión

La EPS puede ser una práctica que moviliza desterritorialización en los equipos de trabajo en salud, a medida que va produciendo reflexión y autoanálisis.

Pero también puede ser capturada por modelos instituidos y por miradas especializados en salud mental, como especificidad, orientando para una formación más objetiva, positivista, con pocas flexibilidades y posibilidades de diálogo o de creación en el grupo y por el grupo. Siendo así, consideramos la Clínica Social Institucional, como delimitadora de un proceso de formación en salud mental por medio de la EPS, puede favorecer o facilitar movimientos de mirada y percibir esas capturas de las fuerzas instituyentes en lo cotidiano.

La Clínica Social Institucional puede potencializar el proceso de EPS, apuntando indicios de vivencia del proceso de formación que también pueden ser estrategias para la producción de conocimiento no/por el trabajo y de fortalecimiento de la inclusión de los sujetos en la construcción colectiva del aprendizaje.

Se refuerza que los siete indicios presentados no son configurados como protocolos, ellos son señaladores para prestar atención a facilitadores y trabajadores envueltos en el proceso de EPS. Independientemente del objetivo de la formación en este estudio apuntamos - con enfoque en la salud mental - los indicios que señalan que debemos prestar atención a los obstáculos e interferencias institucionales en el cuidado en salud y, consecuentemente en la formación por él y para el trabajo.

## Agradecimientos

A los profesionales del Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y otras drogas que hicieron parte del proceso de Educación Permanente en Salud, por medio de discusiones puntuales, y a los participantes profesionales de las Estrategias Salud de la Familia.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília [Internet]. 2009 [Acesso 10 out 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.
2. Fortuna CM, Franceschin TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of continuing education in health, triggered by the training of facilitators. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited Jul 29, 2018];19(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_25](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25).
3. Ceccim RB. Continuing education in health: ambitious and necessary challenge. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* [Internet]. 2005 [cited Nov 30, 2017];9(16):161-77.

Available from: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>.

4. Ceccim RB. Permanent Education in Health: decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [cited Apr 9, 2018];10(4):975-986]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>.
5. Theodoro CM, Moreira MIB. Stories, Our Stories: Powers and Challenges of the World of Work for Users of a Mental Health Service. *Mental*. [Internet]. 2017 [cited Nov 17, 2018];11(20):279-95]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a15.pdf>.
6. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017 [cited May 15, 2018];22(6):1933-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en\\_1413-8123-csc-22-06-1933.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1933.pdf).
7. Penido CMF, Castro BP, Coimbra JR, Baker VDSIS, Franco RF. Mental Health in Primary Health Care: Should Matrix Support Be Added or Split? *Rev. Polis e Psique*. 2018 [cited June 5, 2019]; 8 (1): 33-51. Available from: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80415/pdf>
8. Eslabao AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LBSEO. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2017 [cited June 4, 2019 ]; 38(1): e60973. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100418&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100418&lng=en). Epub May 29, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>.
9. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatry*. 2016 [cited June 7, 2019]; 208 Suppl 56:s47-54. Available from: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6549EABB6B31989275FDB1F59DC6676D/S0007125000246266a.pdf/district\\_mental\\_healthcare\\_plans\\_for\\_five\\_lowand\\_middleincome\\_countries\\_commonalities\\_variations\\_and\\_evidence\\_gaps.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6549EABB6B31989275FDB1F59DC6676D/S0007125000246266a.pdf/district_mental_healthcare_plans_for_five_lowand_middleincome_countries_commonalities_variations_and_evidence_gaps.pdf)
10. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect*. 2016 [cited June 8, 2019 ]; 19(1): 152-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055227/>
11. Rigotti DG, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Drug users hosting in a Basic Health Unit. *RENE*. 2016 [cited June 6, 2019 ]; 17(3):346-55.

- Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300007>
12. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017 [cited Oct 20, 2018]; 22(5):1489-500. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en\\_1413-8123-csc-22-05-1489.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en_1413-8123-csc-22-05-1489.pdf)
  13. Beurs, DP et al. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited June 7, 2019]; May; 208(5): 477-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26678866>
  14. Manning JC, Carter T, Lafit A, Horsley A, Cooper J, Armstrong M et al. 'OurCarethroughOurEyes'. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses' knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK. *BMJ Open*. 2017 [cited June 7, 2019]; 7 (4): 147-15. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/4/e014750>
  15. Mccaffrey ESN, Chang S, Farrelly G, Rahman A, Cawthorpe D. Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH). *Evid Based Med*. 2017 [cited June 7, 2019]; 22 (4): 123-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537558/>
  16. Patel SR, Gorritz M, Olfson M, Bell MA, Jackson E, Sánchez-Lacay JA et al. Training community-based primary care physicians in the screening and management of mental health disorders among Latino primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 [cited June 7, 2019]; 38: 71-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26598287>
  17. Jerant A, Lichte M, Kravitz RL, Tancredi DJ, Magnan EM, Hudnut A, et al. Physician Training in Self-Efficacy Enhancing Interviewing Techniques (SEE IT): effects on Patient Psychological Health Behavior Change Mediators. *Patient Educ Couns*. 2016 [cited June 7, 2019]; 99 (11): 1865-1872. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423177>
  18. Penido CM, Passos ICF, Andrade, IC. Mental health and family health strategy: first approaching experience. *Rev Interinst Psicol*. [Internet]. 2015 Dez [cited June 12, 2019 ]; 8(spe): 258-68. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000200008&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200008&lng=pt).
  19. Santos AA, Dalla Vecchia M. Workshop Training in Mental Health as a Continuing Education Strategy in Health. *Health Soc Change*. 2016 [cited June 7, 2019 ]; 7(20): 69-78. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4044/4549>
  20. Santos FF, Ferla, AA. Mental health and primary care in alcohol and drug users care. . *Interface*. (Botucatu) [Internet]. 2017 Dec [cited June 12, 2019 ]; 21(63): 833-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en). Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0270.17000400833&lng=en>
  21. Monceau G. Socioclinic techniques for the institutional analysis of social practices. *Psicol. Rev*. [Internet]. 2015 [cited Nov 7, 2016];21(1):197-217. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a13.pdf>.
  22. Loural R. The institutional analysis. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014. 328 p.
  23. Rossi A, Passos E. Institutional analysis: conceptual review and nuances of intervention research in Brazil. *Rev EPOS*. [Internet]. 2014 [cited Sep 3, 2018];5(1):156-81. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/09.pdf>.
  24. Fortuna CM, Monceau G, Valentim S, Mennani KLE. Socioclinical research in France: notes on Institutional Analysis. *Fractal, Rev Psicol*. [Internet]. 2014 [cited Nov 5, 2018];26(2):255-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00255.pdf>.
  25. Barembliitt G. Compendium of institutional analysis and other currents: theory and practice. 6ª ed. Belo Horizonte: Record; 2012.
  26. Penido CMF. Analysis of implication as a transformation tool in the work process. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia* [Internet]. 2015 [cited Jun 10, 2019 ]; 8(2):248-57. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>
  27. Silveira F, Mishima SM, Matumoto S, Fortuna SM, Bistafa MJ, Bregagnolo JC, et al. Interaction of knowledge for articulation of collective oral health actions: cartography of a Family Health Team. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [cited Oct 23, 2018];19(12):4879-4888. Available from: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04879.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04879.pdf)
  28. Pezzato LM, L'Abbate S. The use of diaries as an intervention tool of the institutional analysis: potentializing reflections in the daily life of collective oral health. *Physis*. [Internet]. 2011 [cited Dec 16, 2017];21(4):1297-314. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a07v21n4.pdf>.

29. Paillé P, mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4<sup>ème</sup> ed. Paris: Armand Colin; 2016. 424 p.
30. Mendes-Gonçalves RB. *Health, society & history*. Ayres JRCM, Santos L, organizadores. São Paulo: Hucitec. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. 439 p.
31. Almeida CAL, Tanaka OU. Meta-evaluation of a participatory evaluation developed by municipal health managers focusing on the standard "Utility". *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited Nov 7, 2018];33(2):e00105615. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00105615.pdf>.
32. Sutil AD, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. The discourse of the managers of the Family Health Strategy on decision-making in health management: a challenge for the Unified Health System. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [cited Oct 22, 2018];39(104):172-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>.
33. Passos E, Palombini AL, Campos RO, Rodrigues SE, Melo J, Maggi PM, et al. Autonomy and cogestión in the practice in mental health: the device of the autonomous management of the medication (GAM). *Aletheia*. [Internet]. 2013 [cited Jul 30, 2017];41:24-38. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a03.pdf>.
34. Dobbies DV, L'Abbate S. Resistance as an analyzer of mental health in Campinas (SP): contributions of institutional analysis. *Saúde Debate*. [Internet]. 2016 [cited Oct 6, 2017];40(110):120-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>.
35. Figueiredo EBL, Silva APA, Abrahão AL, Cordeiro BC, Fonseca IA, Gouvêa MV. Effect peroroca in the permanent education in health: on the research-work interaction. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited Aug 20, 2018];71:1768-73. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt\\_0034-7167-reben-71-s4-1768.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1768.pdf).
36. Leite LS, Rocha KB. Permanent Education in Health: How and in what spaces is carried out from the perspective of the health professionals of Porto Alegre. *Estud Psicol*. [Internet]. 2017 [cited Nov 18, 2018];22(2):203-13. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n2/a09v22n2.pdf>.
37. Barros RBD. *Group: the affirmation of a simulacrum*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS; 2013. (Série Coleção Cartografias).
38. Romagnoli RC. The concept of implication and institutionalist research-intervention. *Psicol Soc*. [Internet]. 2014 [cited Apr 9, 2018]; 26(1):44-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf>.
39. Silva GM, Zanini DS, Rabelo IVM, Pegoraro RF. The conceptions of what is the psychosocial care for mental health professional of a CAPS. *Rev Psicol Saúde*. [Internet]. 2015 [cited Jun 10, 2019]; 7(2): 161-67. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt).
40. Freire P. *Awareness: Theory and Practice of Liberation: An Introduction to the Thought of Paulo Freire*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Centauro; 2006.
41. EPS em Movimento. *Learning and engendering a new field of possibilities: outreach* [Internet]. 2014 [cited Feb 1, 2018]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/o-aprender-e-o-engendramento-de-um-novo-campo-de-possibilidades-outrar-se>.

Recibido: 04.02.2019

Aceptado: 02.07.2019

Autor correspondiente:

Flávio Adriano Borges

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

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

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

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.