

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS:**

Sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental

Ana Carolina Rios Simoni

Porto Alegre

2007

Ana Carolina Rios Simoni

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS EQUIPES

MULTIPROFISSIONAIS:

Sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Educação
– Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador(a):
Prof. Dr^a. Simone Moschen Rickes

Porto Alegre

2007

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S599f Simoni, Ana Caroliona Rios

A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais : sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental [manuscrito] / Ana Carolina Rios Simoni ; orientador: Simone Moschen Risches. - 2007.
f.

Disertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2007.

1. Educação – Trabalho – Saúde mental. 2. Equipe multiprofissional. 3. Ética. 4. Alteridade. 5. Arendt, Hannah. 6. Foucault, Michel. 7. Lacan, Jacques Marie Emilie. I. Risches, Simone Moschen. II. Título.

CDU – 159.923.2:331:37

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, pela aposta

À minha mãe, pelo cuidado

Ao Pablo, pelo encontro

Aos meus irmãos Clarissa, Jonathas e Guilherme, pela alteridade

A Simone Lerner, Thoya Mosená, Giovana Serafini e Claudia Bechara pelo

compartilhamento

À Denéia Cemin, my friend

A Cristhiane, Vanessa, Genara, Joceline, Priscilla, Carolina, Marília e Samantha, pelos

laços construídos

Aos residentes e funcionários do GHC, pela experiência, especialmente,

a Roberto Amorim de Medeiros pela possibilidade aberta

Aos professores Eduardo Mendes Ribeiro, Maria Cristina Poli e Ricardo Burg Ceccim, pelas

perguntas

Em especial, a Simone Moschen Rickes, pela hospitalidade

O rumo daquilo me animava, chega que um propósito perguntei: – “Pai, o senhor me leva junto, nessa sua canoa?” Ele só retornou a olhar em mim, e me botou a bênção, com gesto me mandando para trás. Fiz que vim, mas ainda virei, na grota do mato, para saber. Nosso pai entrou na canoa e desamarrou, pelo remar. E a canoa saiu se indo – a sombra dela por igual, feito um jacaré, comprida longa. Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia, acontecia. (...) Não pojava em nenhuma das duas beiras, nem nas ilhas e croas do rio, não pisou mais em chão nem capim. (...) Sou homem, depois desse falimento? (...) Mas, então, ao menos, que, no artigo da morte, peguem em mim, e me depositem também numa canoinha de nada, nessa água, que não pára, de longas beiras: e, eu, rio abaixo, rio afora, rio adentro – o rio.

A terceira margem do rio

João Guimarães Rosa

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS:

Sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental

RESUMO

A presente pesquisa buscou problematizar as possibilidades de produção de novos modos de trabalhar em saúde mental a partir da criação de dispositivos multiprofissionais de formação em saúde. Para tanto, elegeu-se como campo empírico os espaços de formação em serviço do Programa de Residência Médica (ênfases em psiquiatria e em medicina da família e comunidade) e do Programa de Residência Integrada em Saúde (ênfases em saúde mental e saúde da família e comunidade) de uma instituição da rede pública de saúde da cidade de Porto Alegre. Os participantes da pesquisa foram preceptores, orientadores e residentes dos programas e ênfases mencionados. A construção do objeto de investigação partiu, por um lado, de uma perspectiva histórico-crítica que colocou em relação a constituição da família moderna e a inscrição da loucura no registro da doença mental. E, por outro, da consideração das novas diretrizes, construídas a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiras, que buscam inserir as práticas em saúde mental nos espaços de atenção à família e à comunidade, como possibilidade de efetivar a desinstitucionalização da atenção ao sofrimento psíquico. O estudo organizou-se em torno de três eixos. No primeiro, construiu-se *uma* possível história dos modos de trabalhar em saúde mental. Discutimos as relações entre os discursos científicos sobre saúde e os modos de vida contemporâneos, a partir, principalmente, dos aportes de Michel Foucault sobre o *biopoder* e de Hannah Arendt sobre a tomada do espaço público pela esfera social. Situamos o contexto de reformas na saúde pública brasileira, bem como contextualizamos a implementação dos espaços de formação multiprofissional na instituição pesquisada. Em seguida, passamos a uma reflexão acerca do campo de experiência dos profissionais em formação. Nesse momento do trabalho, os aportes de Freud, Lacan, Todorov e Derrida foram decisivos, inclusive, para a apresentação de nosso método de pesquisa. Por fim, buscamos realizar uma discussão em torno da ética, que incluiu a apresentação dos percursos singulares dos residentes, construídos a partir das suas narrativas sobre as vivências nos espaços de formação. A construção desse terceiro eixo contou, principalmente, com as contribuições do pensamento lacaniano a respeito da ética, articulado às elaborações dos demais autores presentes no estudo. Nesse ponto, sublinhamos a dimensão trágica da clínica em oposição aos saberes e práticas normativos e totalizadores para, por fim, delinear os desafios e possibilidades para a invenção de modos de trabalhar em saúde que acolham a *existência*.

PALAVRAS-CHAVE

educação – ética – alteridade – saúde mental – equipes multiprofissionais

THE EDUCATION OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE
MULTI-PROFESSIONAL DEVICES:
About the invention of ways of caring mental health

ABSTRACT

The present study aims to question the possibilities of production of new ways of caring mental health, since the creation of multi-professional devices of education. The empiric field was the education spaces of Medical Residency Program (emphases in psychiatry and in medicine for the family and the community) and of Health Integrated Residency Program (emphases in mental health and health of the family and community) of a public health institution in Porto Alegre city. The participants of this research were mentors and residents of the mentioned programs. The construction of the investigated object came from a historic-critical perspective that approached the constitution of the modern family and the registration of the madness as mental disease. It also came from the analyses of the new guidelines of Brazilian Sanitary and Psychiatric Reform, which intends to insert the practices in mental health in the spaces of attention to the family and the community, as a possibility to construct the deinstitutionalization of the mental health care. This study was organized around three directions. First, we constructed the history of the manners to care mental health. We discussed the relationship between scientific discourses about health and the current way of life regarding Michel Foucault's contributions about the bio-power and Hannah Arendt's contributions about the differences between public space and social sphere. We analyzed the reforms in Brazilian public health, as well as, the implementation of the multi-professional devices of education in this institution. After, we reflected about the field of the professionals' experience during residency. At this moment, the contributions of Freud, Lacan, Todorov and Derrida were very important, as well as, for the presentation of our research method. Finally, we discussed about the ethics, which included the presentation of the residents' singular courses, from the narratives about their experience. This third direction was based on the contributions of Lacan's thought about ethics, articulated to the other authors presented in this study. And then, we underlined the tragic dimension of the clinic, in opposition to the normative knowledge and practices, aiming to draw challenges and possibilities to invention of ways of caring mental health that holds the existence.

KEYWORDS

education – ethics – otherness – mental health – multi-professional devices

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool Drogas

CAPS adulto – Centro de Atenção Psicossocial para adultos

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

CECOBI – Centro Comunitário do Bairro Ipiranga

CID – Código Internacional de Doenças

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREME – Comissão de Residência Médica

CRP/07 – Conselho Regional de Psicologia 7ª região

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAM 3 – Sigla referente ao antigo Posto de Atendimento Médico nº3, onde, atualmente, funciona um plantão 24h de saúde mental na Vila dos Comerciários, em Porto Alegre. Apesar da sigla não traduzir mais a designação do serviço, ela segue sendo usada, correntemente, em referência ao plantão de saúde mental mencionado.

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PSF – Programa Saúde da Família

RIS – Residência Integrada em Saúde

R1 – residente de primeiro ano

R2 – residente de segundo ano

RM – Residência Médica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

NOTA DE ABERTURA _____	10
1. UMA HISTÓRIA DOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE _____	13
1.1 da vida política à política da vida _____	14
1.2 a atenção em saúde se reforma _____	28
1.3 novas perspectivas para a formação em saúde _____	41
1.3.1 da criação de um espaço multiprofissional de formação _____	46
1.3.2 a história narrada por seus atores: montando cenários de formação _____	49
2. A EXPERIÊNCIA _____	77
2.1 experiência, alteridade e apropriação _____	77
2.2 de como o outro se registra _____	83
2.2.1 um encontro paradigmático _____	83
2.2.2 do encontro como método _____	88
2.3 narrando uma experiência: das perguntas que guiaram o percurso pelo campo _____	94
3. EM TORNO DA ÉTICA _____	106
3.1 a ética e o bem _____	107
3.2 a ética e o trágico _____	111
3.3 personagens e suas histórias: a formação em cena _____	116
3.3.1 o filósofo _____	120
3.3.2 o arquiteto _____	128
3.3.3 a alquimista _____	142
3.3.4 o maestro _____	152
3.3.5 a astronauta _____	163
3.3.6 o artista de rua _____	174
4. PERCURSOS REVISITADOS _____	185
4.1 um olhar para a integralidade: a astronauta e o lúdico _____	189

4.2 ensaiando a resolutividade: o filósofo e o tempo _____	192
4.3 construindo a rede de atenção e o laço terapêutico: o arquiteto e a cidade _____	195
4.4 efeitos de uma presença na clínica e na formação: a alquimista _____	199
4.5 desconstruindo o lugar de especialista: o maestro _____	203
4.6 nos limites da clínica: o artista de rua _____	207
5. PALAVRAS FINAIS _____	215
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	218
6.1 legislação e portarias _____	224
ANEXO _____	226

NOTA DE ABERTURA

Uma pergunta só pode emergir de uma vivência. Nesse caso, os interrogantes que levaram à realização desta pesquisa nasceram, como não poderia deixar de ser, de um percurso vivido. É difícil situar um ponto de partida, mas os rastros e restos de meu percurso foram a matéria prima dessa escrita. Primeiramente, me refiro à vivência de habitar um espaço-tempo em que os sentidos da vida são buscados numa racionalidade que vê a existência através da lente bipolar normal-patológico, riscando uma linha de continuidade entre estes pólos e classificando modos de ser, de sentir, de se relacionar. Razão que não é mais privilégio dos discursos científicos, mas que parece dar formas, contornos aos modos de vida em nossos dias, aproximando lugares longínquos, identificando culturas distintas. Pois é com espanto e estranhamento que me conduzo nesse mundo, em que os nomes próprios importam menos que as nomenclaturas diagnósticas. Acrescenta-se a isso o fato de eu ter escolhido como prática profissional a escuta do sofrimento, das inquietações, das dores dos outros. Prática que me coloca, diariamente, diante do impasse de ocupar um lugar suposto de saber sobre o bem viver, a saúde, a felicidade e, ao mesmo tempo, saber das impossibilidades inerentes a essa posição.

Recorrendo aos rastros de meu percurso, lembrei do tempo em que iniciei minha formação clínica em psicologia, realizando estágio num dos serviços de atenção a sujeitos em grave sofrimento psíquico da rede pública de Porto Alegre. Ali me deparei com os primeiros dilemas do trabalho em saúde mental. A referida instituição passava por uma reestruturação, buscando adequar seu funcionamento às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Entrava o século XXI e a nova Lei nacional que regulamentava a atenção em saúde mental seria aprovada no ano seguinte. E embora, no Rio Grande do Sul, uma lei dessa natureza já existisse há algum tempo, tal serviço organizava-se ainda a partir de uma lógica centrada no acompanhamento de patologias e muito dependente da figura do psiquiatra como condutor dos tratamentos. A equipe ocupava-se então da tarefa de fazer de um serviço, eminentemente, ambulatorial, um Centro de Atenção Psicossocial. Vale sublinhar o termo tarefa, já que, não raras vezes, a missão de construir um CAPS operava no campo do dever e não encontrava ressonâncias no desejo dos profissionais – o que era possível de ser percebido nas discussões das reuniões de equipe. Falava-se da necessidade de se criar oficinas terapêuticas e espaços de convivência para os usuários do serviço, porém de uma forma protocolar: “devemos fazer”, “a prefeitura

exige que façamos”, e quase nada de “queremos fazer”. Tratava-se de colocar em prática uma norma vertical, da qual poucos profissionais da equipe estavam apropriados.

O primeiro grupo de convivência do serviço foi construído pelos estagiários. Tentávamos construir com os pacientes possíveis atividades, que lhes interessassem, pelo espaço da cidade. Lembro-me que um dia, eles – com muito custo, já que escolher não lhes era muito fácil – demonstraram a vontade de ir assistir um filme na Usina do Gasômetro: *Hans Staden*. A primeira colocação das supervisoras foi a de que devíamos assisti-lo antes para se certificar se era ou não adequado que os pacientes o vissem. Nem lembro porque, mas não o fizemos. Talvez porque havia sido muito difícil construir uma escolha que partisse deles e, diante de sua emergência, sentimos que não podíamos recuar. Fomos então com o grupo de pacientes ao cinema da Usina. *Hans Staden* conta a história de um alemão que se perde na costa brasileira na época colonial. Passa maus bocados nas mãos dos índios até que logra um espaço para viver entre eles. A língua falada no filme era o tupi guarani e o figurino dos personagens era a nudez. Diante de tal estranheza, nos pusemos muito atentos, mais aos pacientes que ao próprio filme. Porém, tudo ocorreu de forma tranqüila e, após essa experiência “inaugural”, seguimos trabalhando naquele espaço saídas possíveis pela cidade com os usuários do serviço.

Se, nessa vivência, a língua estrangeira, a nudez, a estranheza bateram à porta, poderíamos também contar momentos em que uma alteridade de outra ordem pediu entrada. Atualmente, trabalho na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no serviço de entrevistas iniciais – espaço em que são acolhidos sujeitos que pedem atendimento. Muitos chegam com formulários de referência e contra-referência, preenchidos por profissionais da rede pública de saúde, sem saber porque vieram. Referem que “o médico do posto mandou”, pedem medicação, pedem “palestras” e se apresentam a partir de seus diagnósticos: “eu sou esquizofrênico”, “eu sou bipolar”, “meu filho é hiperativo”. Muitos trazem consigo o registro de seu atendimento no único serviço de emergência em saúde mental de Porto Alegre, referindo que foram medicados e encaminhados. Estes, não raras vezes, apresentam-se à deriva, quase sem podem narrar o que lhes passou. Outras vezes, aqueles que chegam contam sobre sua maratona pela rede de saúde, apontando todos os lugares pelos quais já passaram em busca de uma escuta. Por outro lado, poucos são os profissionais que fazem contato conosco para falar sobre algum encaminhamento. E muito poucos são aqueles que conhecem o espaço da Clínica. Contradições de uma rede de atenção em saúde destramada, frouxa, não efetiva.

Vivências como estas constituíram nosso percurso e determinaram a escolha por realizar uma pesquisa que colocasse questões para o trabalho na atenção ao sofrimento psíquico. Desse modo, poderíamos dizer que a interrogação que norteia esse estudo já nos acompanha há algum tempo e pergunta pelas possibilidades de produção de novos modos de trabalhar em saúde mental que acolham a *existência*. É preciso sublinhar que essa não é, de modo algum, uma questão neutra. Nossa pesquisa em torno da temática da formação multiprofissional em saúde parte da idéia de que é preciso reinventar saberes e fazeres nesse campo. E quando dizemos que algo se inventa, quer dizer que se inventa em relação a alguma coisa que já está. Uma invenção introduz um furo, um sulco, uma ruptura numa superfície constituída. Foi com intuito de pensar com o que se tratava de romper, que superfície se tratava de furar, que trabalhamos, no primeiro capítulo, na construção de uma possível história dos modos de organização e concepção do trabalho em saúde mental. E que, em seguida, apostamos na criação dos dispositivos multiprofissionais de formação em saúde como o que teria potência de criar um campo de experiências capaz de operar essa espécie de ruptura.

Para pensar as condições desse rompimento e das possibilidades de produção do novo no campo da atenção em saúde mental, no segundo capítulo, discutimos o que está em jogo em uma experiência e contamos sobre nossos primeiros movimentos de inserção nos espaços de formação dos residentes. Na mesma direção, no terceiro capítulo, problematizamos o tema da ética no universo da clínica e trouxemos a experiência dos residentes em seus percursos de formação. Das histórias singulares retiramos algumas conseqüências de conjunto, as quais são apresentadas no quarto capítulo. Porém vale a pena mergulhar pelas histórias dos personagens (profissionais em formação) [cf. 3.3], seus percalços, sobressaltos, dilemas e invenções. Foi o encontro com cada um deles que abriu possibilidades para a travessia que lhes conto a partir de agora.

1. UMA HISTÓRIA DOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Neste capítulo, passaremos por uma possível história dos modos de organização e de concepção do trabalho em saúde mental. Esta é uma forma de começar. Não pelo início, pois não pensamos com aqueles que fazem da história uma linha evolutiva, que permite resgatar o passado ou alguma origem. “A história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente” (LACAN [1953-1954] 1986, p.21). O que nos faz eleger esta forma de começo diz respeito a uma aposta no historiar como recurso que potencializa e recoloca questionamentos, produzindo uma outra condição de pensar-experimentar o presente. Trata-se então de construir um passado a partir do presente e de retirar, dessa construção, suas conseqüências. Construir implica também realizar escolhas. É assim que, ao trazermos para discussão *uma* história do pensamento e das práticas em saúde mental, tentaremos dizer de nossas escolhas, retirando delas seus efeitos para a temática que iremos abordar. De nossa primeira eleição já falamos. Trata-se de construir uma história que nos permita interrogar o presente, que nos permita colocar questões para os modos de concepção e organização do trabalho em saúde mental na atualidade. Para tanto, escolhemos ainda a companhia de alguns autores que nos sinalizaram possibilidades.

A problematização de Michel Foucault (1988) sobre o *biopoder*, na qual ele aborda os efeitos de subjetivação produzidos pelos modos modernos de tratar da saúde das populações é uma dessas possibilidades. Assim como também o é, a analítica de Hannah Arendt em relação à constituição da esfera social na modernidade e a elevação da vida ao estatuto de bem supremo do homem moderno. Partindo destas duas entradas principais – o *biopoder* e a tomada do espaço público pela esfera social – trataremos de encaminhar a discussão para um universo mais específico. Um universo que colocará em relação a constituição da família moderna e a inscrição da experiência da loucura no campo da doença mental. Aqui, serão de grande interesse a construção foucaultiana em torno da *História da Loucura na Idade Clássica*, bem como a discussão de Jurandir Freire Costa acerca das condições de emergência de uma progressiva normatização da vida familiar moderna.

Seguindo nossa reflexão histórica, traremos elementos acerca das primeiras aparições de políticas de formação em saúde, articulando-as à idéia de que suas condições de emergência correspondem às mesmas que operaram no campo da organização familiar moderna e na construção da categoria da doença mental. Nessa discussão, não iremos até as

últimas conseqüências, deixando-a como abertura para a ela voltarmos adiante. A discussão histórica nos levará ainda aos movimentos mais recentes do campo dos saberes e práticas em saúde – momento em que se farão visíveis questionamentos acerca dos modelos de atenção vigentes. Nesse ponto, colocaremos em relação saúde comunitária e saúde mental como espaços de trabalho em saúde que se ocuparam, respectivamente, da saúde da família e da doença mental no século XX. Buscaremos mapear aí os impasses das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, retirando, por fim, das novas propostas de formação em saúde possibilidades de encaminhamento dos mesmos.

Iniciaremos aqui a apresentação de operadores conceituais importantes de nossa pesquisa, que seguirão produzindo outras formas de se fazer texto, mas que encontram, já neste primeiro capítulo, espaço privilegiado de elaboração.

1.1 DA VIDA POLÍTICA À POLÍTICA DA VIDA

No intuito de fazer uma história dos diferentes modos de subjetivação em nossa cultura, Foucault (1988) tomou as relações entre saber e poder como objeto de investigação, nos legando, entre outras questões, o conceito de *biopoder*. Trata-se aí de uma forma, eminentemente, moderna de poder que se inaugura com a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber científico. Se antes o poder se exercia através da figura do soberano que decidia sobre *dar a morte e deixar viver*, no *biopoder* se trataria de uma forma de *gestão da vida*, que passaria por *fazer viver e deixar morrer*.

Já não se espera mais o imperador dos pobres, nem o reino dos últimos dias, nem mesmo o restabelecimento apenas das justiças que se crêem ancestrais; o que é reivindicado e serve de objeto é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível (FOUCAULT, 1988, p.136).

Esse *biopoder* teria duas formas principais de incidência: as chamadas práticas disciplinares, tecnologias do corpo, “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade” (ibid, p. 131); e a gestão política da espécie humana a partir de categorias científicas, centradas no “corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (idem). As disciplinas do corpo estariam presentes na moderna divisão do trabalho, na intimização da vida familiar e em instituições como a escola e o exército, por exemplo. Já a gestão política, alicerçada nos saberes científicos, se situaria nas regulações da população pelo controle da natalidade, mortalidade, dos níveis de saúde e etc. Estas duas formas de apresentação do *biopoder*, como modos de *gerir a vida*, teriam reorganizado todo o espaço da existência.

Um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. (...) Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida (ibid, p. 135).

Essa sociedade que se inaugura com o advento da modernidade também será objeto de reflexão de Hannah Arendt ([1958] 2005) no livro *A Condição Humana*. Longe de produzir qualquer superposição entre uma elaboração teórica e outra, o que queremos é visibilizar um ponto de interlocução que nos pareceu bastante interessante entre Arendt e Foucault. Trata-se, justamente, do ponto em que ambos sublinham a entrada de questões relacionadas à vida, no seu sentido biológico, no domínio da política. Foucault nos dirá: “o homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência

política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão” (ibid, p. 134). Em Arendt, por outro lado, encontramos a idéia de que a sociedade moderna desloca para o público a organização de atividades que dizem respeito à sobrevivência da espécie, o que até então estaria restrito à privacidade da vida familiar. Como exemplo, temos o deslocamento do *labor*, que na Antigüidade era a atividade relacionada às necessidades vitais e, nas sociedades industriais, ganhou lugar na moderna divisão do trabalho em torno da produção em massa. Essa migração do que era específico do privado para o espaço público acabou por produzir a emergência de uma esfera da vida que não é “nem privada nem pública no sentido restrito do termo”: o espaço social (ARENDDT, [1958] 2005, p.37).

A esfera privada da família era o palco no qual as necessidades da vida, da sobrevivência individual e da continuidade da espécie eram atendidas e garantidas. (...) Desde o advento da sociedade, desde a admissão das atividades caseiras e da economia doméstica à esfera pública, a nova esfera tem se caracterizado principalmente por uma irresistível tendência de crescer, de devorar as esferas mais antigas do político e do privado, bem como a esfera mais recente da intimidade (ibid, p. 56).

Para a autora, o público diz respeito a um espaço onde o que se diz e se faz pode ser visto e ouvido por todos. Na Antigüidade greco-romana, a esfera pública em si, a *polis*, seria o lugar onde cada homem devia distinguir-se dos outros, através de seus feitos e realizações singulares. Ao mesmo tempo em que o espaço público seria o lugar da instauração das diferenças, seria também nele que o compartilhamento de uma realidade, a criação de um mundo comum se faria. “Os homens ingressavam na esfera pública por desejarem que algo seu, ou algo que tinham em comum com os outros, ganhasse permanência para além de suas vidas biológicas” (ibid, p. 65). Já no mundo moderno, a esfera social teria conquistado o espaço público e a distinção e a diferença ter-se-iam reduzido a questões privadas do indivíduo. Hannah Arendt dirá que a esfera social constitui-se como uma grande família, permeada por variadas regras, tendentes a normalizar os seus membros, a fazê-los comportarem-se como iguais.

Esse deslocamento do campo da *ação*, como modo de diferenciar-se no espaço público, para o terreno do comportamento e da busca de uma igualdade no espaço social teria ainda outras inflexões. As sociedades modernas teriam começado a operar com a premissa de que “a vida e não o mundo comum é o bem supremo do homem” (ibid, p.332). Nesse sentido, trata-se de comportar-se de forma a preservar, aperfeiçoar, alongar a vida biológica; e não mais de *agir* para produzir um mundo comum e inscrever uma existência simbólica que transcenda a duração da mesma. Arendt coloca que sem essa busca de uma imortalidade simbólica, pela produção de um mundo comum que permaneça e se transmita, não há espaço público que se sustente.

Na verdade, os feitos perderão cada vez mais a sua capacidade de opor-se à maré do comportamento, e os eventos perderão cada vez mais a sua importância, isto é, a sua capacidade de iluminar o tempo histórico. A uniformidade estatística não é de modo algum um ideal científico inócuo, e sim o ideal político, já agora não mais secreto, de uma sociedade que, inteiramente submetida na rotina do cotidiano, aceita pacificamente a concepção científica como inerente a sua própria existência (ARENDDT, [1958] 2005, p. 53).

Na esfera social de Arendt e na sociedade disciplinar de Foucault, guardadas as especificidades de suas elaborações, encontramos elementos importantes. Seria característica da modernidade uma tendência à normalização dos modos de existir, sustentada na premissa da vida como bem maior da humanidade (ARENDDT, [1958] 2005). Desde então é o saber científico que vem *gerir a vida* na cidade, instaurando uma racionalidade política – *biopoder*¹

¹ A questão do *biopoder* é trabalhada por Foucault (1988) em *A Vontade de Saber*, volume 1 da obra *História da Sexualidade*. É também neste livro que o autor trava um debate intenso com a psicanálise, a partir do que ele chamou de *dispositivo da sexualidade*. Nesse debate, Foucault formulou o conceito de *biopoder*, pensando a psicanálise como um de seus possíveis e inscrevendo-a no registro moral. Parece-nos importante colocar algumas questões a esse respeito nesse momento, já que fazemos uso do conceito de *biopoder* neste ponto do trabalho e, mais adiante, nos serviremos das contribuições psicanalíticas (principalmente de Freud e Lacan) acerca da ética. Em *A Vontade de Saber*, Foucault se propõe a realizar uma arqueologia da psicanálise. A arqueologia é uma forma de história que pergunta pelas condições de possibilidade do surgimento de um certo campo de saber ou de um certo discurso de verdade. A psicanálise teria encontrado as condições para sua emergência numa época em que haveria uma proliferação de discursos sobre o sujeito e sua sexualidade. Foucault busca desconstruir a “hipótese repressiva sobre o sexo”, ou seja, a idéia de que teria havido uma forte repressão da sexualidade a partir do séc. XVII e de que a psicanálise, através da escuta da sexualidade, teria libertado o sujeito desse poder repressor. Foucault irá dizer que desde a Idade Média, o cristianismo, mais do que promover uma repressão da sexualidade, teria incitado a proliferação dos discursos sobre o si mesmo, a sexualidade e os desejos mais íntimos através do dispositivo da confissão. O dispositivo psicanalítico, para o autor, seria então um desdobramento do dispositivo da confissão e, desse modo, a psicanálise faria parte do rol de discursos modernos, que colaram a verdade do sujeito à verdade sobre sua sexualidade, sobre seu desejo. Por sua vez, a sexualidade seria o principal instrumento de expansão do *biopoder*, na medida em que insere-se, simultaneamente, em dois registros: “dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie” (FOUCAULT, 1988, p.137). É assim que Foucault, nesse momento de sua produção, inscreve a

– que incide individualmente, ao mesmo tempo em que produz intervenções em todo o corpo social (FOUCAULT, 1988). Nesse sentido, nos modos de vida nascentes na modernidade alteram-se as condições de compartilhamento e de inscrição de diferenças entre os sujeitos. Interessa-nos pensar a incidência destas questões, especificamente, no que se refere à configuração da vida familiar e da experiência da loucura na modernidade, apostando numa possível relação entre ambas e na relevância desta para a constituição do campo da atenção em saúde mental.

Jurandir Freire Costa (2004) refere que, no século XIX, a insipiente medicina social brasileira produziu discursos sobre a saúde e o bem viver, extremamente, ligados a um discurso sobre a loucura, que contribuíram para importantes transformações nos modos de vida da época. É também na segunda metade do século XIX que se dá a construção do primeiro manicômio no Brasil, seguida da constituição da psiquiatria como uma especialidade médica autônoma no início do século XX. Recorrendo ao pensamento de Michel Foucault, quando, em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, ele problematiza as condições de possibilidade do surgimento do discurso médico sobre a loucura na Europa, também encontramos referências à normatização do universo familiar. Desse modo, passaremos agora a uma discussão acerca dos efeitos da emergência da esfera social (ARENDDT, [1958] 2005) e de uma gestão científica da vida (FOUCAULT, 1988) no universo familiar e no campo da loucura.

Segundo Foucault (1990), na Idade Clássica, os loucos compartilhavam a mesma morada de outras figuras da desrazão. Pobres, ociosos, doentes venéreos, criminosos,

psicanálise no campo das políticas normativas da vida, do *biopoder*. Dosse (1993-1994), em *História do Estruturalismo*, coloca que o confronto entre o pensamento foucaultiano e o de Lacan, presente em *A Vontade de Saber*, diria respeito a uma busca de Foucault de “emancipar-se da psicanálise e problematizar a identidade que ela estabelece entre a sexualidade e o desejo” (DOSSE, 1993-1994, p. 378). Essa problematização seria menos uma explicação de Lacan do que uma explicação com Lacan. Foucault, para a autora, seria muito sensível à ascese lacaniana, considerando-a mais como paralela do que alternativa a sua. Além disso, ele estaria ao lado de Lacan na medida que a psicanálise fundasse uma ética, assim como em sua preocupação de desmedicalizar a psicanálise. Por outro lado, o esforço de Lacan foi mesmo o de pensar a psicanálise como uma ética, combatendo o que ele chamou de o ideal da autenticidade, o ideal da genitalização do desejo e o ideal de não-dependência. (Sobre isso ver LACAN, J. [1959-1960] *O Seminário Livro 7 A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.) De nossa parte, optamos por trabalhar com os dois autores sem buscar resolver o impasse teórico que isso implica, mas sim mantendo vivas no texto sua heterogeneidade e suas tensas proximidades. Tanto a noção de *biopoder* de Foucault quanto o que Lacan pôde enunciar, num retorno a Freud, sobre a questão da ética são muito caros às questões que tentaremos desdobrar nesse trabalho. No terceiro capítulo, abordaremos a leitura lacaniana de Freud e suas conseqüências no que diz respeito à ética. De qualquer forma, adiantamos algo: trata-se de uma leitura que inscreve a psicanálise no campo de uma ética trágica, distanciando-a do âmbito normativo. Nesse sentido, também essa psicanálise colocará em questão as políticas normalizadoras de gestão da vida. (A respeito da relação entre o pensamento foucaultiano e a psicanálise, consultar BIRMAN, J. *Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000; ERIBON, O. *Michel Foucault 1926 –1984*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990; MEZAN, R. *Uma arqueologia inacabada: Foucault e a psicanálise*. In: *Recordar Foucault*. Ribeiro, R. J. Org. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985).

libertinos habitavam os mesmos locais que, desde a Idade Média até o fim das Cruzadas, haviam sido reservados para os leprosos. Viviam confinados no que teria sido uma invenção institucional própria do século XVII: espaço de exclusão, que se configurou por conta de questões econômicas e de precaução social. Nesse momento, a loucura foi percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade de trabalhar e de adaptar-se ao grupo, começando a ser assimilada aos problemas da cidade. Para Foucault, a casa de confinamento na época clássica foi símbolo de uma tentativa de edificar uma cidade perfeita, sustentada pela idéia burguesa de que a virtude da população também é questão de Estado. Trata-se aí da insipiente emergência daquilo que Arendt ([1958] 2005) chamou de esfera social, onde as questões privadas passam a ser de interesse da cidade. Cidade que, em pleno desenvolvimento industrial, começava a colocar no seu centro uma racionalidade fundada no trabalho e no progresso econômico. Nesse sentido, o confinamento clássico, sustentou-se numa visão moral: limpar o espaço social da ociosidade considerada responsável por todos os males.

No Renascimento – tempo que podemos situar como de passagem entre a vida medieval e o que Foucault chama de época clássica – a morada dos alienados também desenhava um fora do espaço da cidade. Conta-se que estes eram embarcados nas “naus dos loucos” para viver uma existência errante. Eram prisioneiros em meio a mais livre das rotas, passageiros por excelência. Não se sabia de onde vinham, onde iriam desembarcar e tampouco quando. Habitavam um entre margens, nas quais não podiam aportar, um entre terras, às quais não podiam pertencer. Viviam sobre uma superfície flutuante, que lhes podia levar a mil caminhos. No entanto, trata-se aí de uma experiência distinta da experiência clássica. Foucault (1990) refere que é impossível precisar seu significado, porém lança a hipótese de que talvez, em tais viagens, se tratasse de buscar a purificação, e que o simbolismo da água e a crença no destino provavelmente ocupassem lugar importante nesse intento. Além disso, nesse tempo, a experiência da loucura teria exercido uma atração desmedida sobre o homem, ao contrário do que se deu no classicismo, quando ela perde seu valor.

A loucura, nessa época, tinha a ver com os estranhos caminhos do saber, pois o alienado era tido como inocente possuidor de uma força primitiva de revelação. Algo temível na medida em que era revelador da desordem que escapava ao homem razoável. A personagem do louco teria ocupado o centro do teatro renascentista, recordando a cada um sua verdade: explicando o amor aos apaixonados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas aos orgulhosos. Enunciando os defeitos e os aspectos ridículos do ser

humano. Desse modo, a experiência da loucura, na Renascença, teria sido vivida como a força viva e secreta da racionalidade, como momento essencial através do qual a razão se manifestava e triunfava.

Já no classicismo, as figuras da desrazão ganharam estatuto de sujeito moral. Pois se a Idade Média havia santificado a miséria e feito da caridade aos pobres, signo da virtude e salvação espiritual para os ricos, e se havia ligado a loucura às grandes potências trágicas do mundo; o classicismo, por sua vez, teria dessacralizado e desmistificado estas figuras, passando a vê-las como perturbadoras da ordem social. Nasce então o hospital geral, como espaço de encerro. Estrutura semi-jurídica e administrativa, que decidia, julgava e executava. Lugar de corrigir e não de curar. Dispositivo de reforma moral, na medida em que buscava a adesão dos internados a uma verdade universal (FOUCAULT, 1990). É assim que a experiência da loucura foi confinada, desenhando um fora da cidade distinto daquele produzido na época renascentista. Nesta época, o que devia estar fora possuía valor de verdade e despertava atração e medo, desde um lugar fronteiro que afetava a vida no interior da cidade. No classicismo, por outro lado, o fora que se produz para a loucura é circunscrito, fechado, pelo qual a cidade não quer se deixar afetar. É lugar de deposição e de correção daquilo que não tem serventia.

Machado (2000, p. 17), a esse respeito nos diz que Foucault, em *História da Loucura na Idade Clássica*, coloca que

o grande enclausuramento clássico constitui, produz uma população que para nossos olhos modernos, medicalizados, antropologizados, humanizados, aparece como heterogênea, mas que para a percepção da época é perfeitamente coerente, porque agrupa o que aparece como outro, como diferente, como estrangeiro aos olhos da razão e da moral e classifica como desrazão, desatino, o que pretende desclassificar.

Na época clássica, acabou-se então por produzir uma exterioridade para a região homogênea e estrangeira da desrazão que, mesmo em posição marginal, circunscrevia um núcleo excluído dentro do espaço da cidade.

Século XVIII adentro, inicia-se o que Foucault (1990) chamou de individualização da loucura. Uma operação que teria recortado da região homogênea da desrazão, habitada por tantos rostos indiferenciados, a figura do doente mental. Nesse momento, o doente mental aparece como inassimilável ao conjunto das disciplinas que compõe a sociedade e caberá ao médico encontrar um modo de enquadrá-lo. Foucault (1990) refere que Pinel foi investido de um extraordinário poder moral: o de operar a separação entre os loucos e os demais e entre si

mesmos. Essa separação teria feito aparecer, para o conhecimento discursivo, a loucura como uma unidade, com sua verdade objetiva, já que não se confundia mais com as figuras jurídicas do crime, da libertinagem, da ociosidade. Foi assim que a loucura foi ganhando um estatuto próprio, passando a demandar um espaço de confinamento puro. O internamento e o pensamento médico, que, durante muito tempo, haviam estado alheios um ao outro, se encontram então para fazer coincidir o sentido da loucura com a noção de enfermidade. Surge a psiquiatria positivista, propondo um tratamento humano para os alienados. E, nesse furor humanista, a experiência da loucura ganha casa própria: o hospital, universo do discurso da razão médica. Trata-se aí de calar o que até então se concebeu como desrazão para escutar, dentro de um enquadre médico, as vozes da doença. É nesse sentido que Foucault situa o gesto de Pinel como o que libera a loucura de suas correntes para confiná-la em sua evidência objetiva, fazendo do doente mental uma das figuras de objetivação do homem.

Este movimento que colocou o homem no lugar de objeto de um conhecimento científico não está isolado, mas tecido a outros quadrantes da produção humana. Para Figueiredo (1997), em meados do século XVII, inicia-se a produção de um lugar duplo para o homem: o de sujeito e objeto do conhecimento e da ação. Ele nos diz que:

[...] a partir do século XVII pode-se observar claramente uma redefinição das relações sujeito/objeto, seja no plano da ação, seja no do conhecimento. A razão contemplativa, orientada desinteressadamente para a verdade e concebida sob o modo receptivo de uma apreensão empírica ou racional da essência das coisas, cede lugar, progressivamente, à razão e à ação instrumental. (FIGUEIREDO, 1997: p. 13).

Nas palavras de Elias (1994), trata-se aí da produção de um novo relevo para a experiência humana que ganhou altitude no pensamento cartesiano, quando os homens passaram a se perceber como aqueles que “têm condições de saber que sabem; são capazes de pensar sobre seu próprio pensamento e de se observar observando.” Nesse sentido, as reflexões de Descartes expressariam a experiência de alguém que começou a se perceber como pensando e observando sem depender das autoridades, mas apenas de si mesmo, e que se percebia como parte daquilo que observava, como um organismo entre outros. A dificuldade desse pensamento, segundo Elias, estaria na tomada dessas diferentes percepções – como sujeito e objeto do conhecimento – como se fossem diferentes componentes do si mesmo. Ou seja, na tomada das posições de sujeito e objeto como entidades separadas, como dois modos de ser. Na condição de sujeito, se experimentava o mundo como ser livre e desprendido das coisas inanimadas e das coisas humanas. Na condição de objeto, o ser humano fazia parte de um processo natural, parte dos fenômenos físicos.

Esse ato de desprendimento ao observar e pensar condensou-se na idéia de um desprendimento universal do indivíduo; e a função da experiência, do pensar e observar, passível de ser percebida de um nível superior de auto-consciência como uma função da *totalidade* do ser humano, apresentou-se pela primeira vez, sob forma reificada, como um componente do ser humano semelhante ao coração, ao estômago, ou ao cérebro, uma espécie de substância insubstancial *no* ser humano, enquanto o ato de pensar se condensou na idéia de uma “inteligência”, uma “razão” ou, no linguajar antiquado, um “espírito”. Os dois aspectos do duplo papel das pessoas em relação a si mesmas e ao mundo em geral – como conhecedoras de si e conhecidas por si, como experimentando a si e aos outros e sendo experimentadas por si e pelos outros, como desligadas do mundo na contemplação e indissociavelmente emaranhadas nos acontecimentos do mundo –, esses dois aspectos foram tão hipostasiados nos hábitos do pensamento e do discurso que se afiguraram objetos diferentes, como “corpo” e “mente”, um dos quais se abrigava no interior do outro como o caroço numa ameixa. (ELIAS, 1994, p. 91).

É nesse sentido que Foucault (1990) refere que a experiência moral da desrazão serviu como base e condição de possibilidade para o surgimento do conhecimento científico da enfermidade mental. Para ele, o saber médico da loucura se sustenta sobre um solo constituído dessa experiência anterior. Foi preciso que o homem se pensasse como capaz de um conhecimento racional sobre o próprio homem, e excluísse aqueles que não estivessem se valendo do uso dessa suposta capacidade, para posteriormente dar conta dessa diferença via discurso científico. Um discurso que lançou um novo olhar sob o que poderia haver de não racional na experiência humana. Olhar, pautado por uma racionalidade científica, que localizou no indivíduo e não mais no espaço social os motivos para o internamento. **É para curar o sujeito de sua doença e não mais para curar a doença da cidade que o hospital como asilo se justifica. Assim, enquanto a desrazão constituiu-se como figura de exclusão, a loucura foi capturada como objeto de conhecimento da ciência.**

Desse modo, na produção do hospital enquanto espaço de confinamento com objetivo médico, a modernidade reafirmou a inserção de um ser psicológico, com sua verdade particular, no centro da experiência humana. Um ser psicológico que, como doente mental, estava impossibilitado de acessar sua verdade própria, a qual lhe seria devolvida pela ação médica que iria curá-lo. Foi assim que o discurso psiquiátrico sobre a loucura inscreveu um fora no interior mesmo do indivíduo, na medida que haveria nele uma verdade interior que lhe seria alheia. Porém esse fora, ao ser objetivado pelo olhar médico, perde sua potência de colocar a existência como enigma.

É assim que, no século XIX, a doença mental é pensada como conflito psicológico, relativa ao indivíduo, e que tem sua origem no seio da família. Daí em diante, a loucura passa a ser considerada assunto privado. Migra do lugar que obtinha na época clássica, momento em que era tomada como algo que dizia respeito à ordem social, ao espaço da cidade, para um

“porto seguro”: o doce lar da família burguesa. Quanto a esse deslocamento nos diz Foucault (1990, p. 145-6):

En el siglo XIX, el conflicto del individuo con su familia se convertirá en asunto privado, y tomará entonces apariencia de problema psicológico. Durante todo el periodo de internamiento, ha sido, por el contrario, cuestión que tocaba al orden público; ponía en causa una especie de estatuto moral universal; toda la ciudad estaba interesada en el rigor de la estructura familiar. Quien atentara contra ella caía en el mundo de la sinrazón. Y, al convertirse así en forma principal de la sensibilidad hacia la sinrazón, la familia podrá constituirse un día el lugar de los conflictos de donde nacen las diversas formas de la locura.

Nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade, na medida em que individualiza a loucura, suspende a reflexão sobre a experiência humana da desmedida em sua relação com o laço social. Algo que podemos encontrar na relação entre cidade e desrazão presente no Renascimento, bem como na Antigüidade grega. E que foi desaparecendo à medida que emerge uma esfera social. Assim, o homem, então indivíduo e ser social, passa a sujeito e objeto do conhecimento científico. Temos aí a idéia de indivíduo e sociedade como entidades separadas. Elias (1994, p. 106) nos diz que nesse movimento de individualização crescente, que encontra seu solo propício na modernidade, o indivíduo passa a perceber-se como um eu interior isolado do “mundo lá fora” – a sociedade – como que por um “muro invisível”.

Costa (2004), em *Ordem Médica e Norma Familiar*, ao fazer uma história do conhecimento científico sobre a saúde da família no Brasil desde o período colonial, também aponta para os enlaces entre a constituição da família moderna e a produção da loucura como unidade de análise da racionalidade médico-científica. O argumento de Costa, que particularmente nos interessa nesse estudo, está na proposição de que o discurso higienista que influenciou a vida da família moderna seguiu a linha do discurso psiquiátrico que inscreveu a loucura no campo da doença mental. Em ambos, encontraríamos a aparição de uma forma de gestão da vida que alia ciência e Estado. Nesse sentido, uma *bio-política* estaria entre as condições de possibilidade da reorganização do espaço urbano e dos modos de vida que se operou na época. Reorganização sustentada num discurso sobre a vida que demandava da família e do sujeito a promoção de sua própria saúde. Um dos pontos fundamentais desta política teria sido a incitação ao gosto pela vida ao invés do cultivo e do medo da morte.

Conforme nos diz Costa (2004), a cidade colonial brasileira, que funcionava como prolongamento da propriedade das famílias rurais, sustentava-se no dispositivo religioso-paternalista, associando a imagem de Deus-pai à figura do latifundiário paternal e bondoso. A vinculação entre os membros da família se dava exclusivamente na forma de uma dependência ao pai, marcada por uma indiferenciação emocional entre os membros. Estes eram destituídos de interioridade psíquica, não havendo o indivíduo introspectivo voltado para sua verdade interior. Havia uma indiferenciação de interesses individuais e os fatos emocionais privados eram tidos como externamente determinados. A quantidade de pessoas estranhas dentro da casa colonial pulverizava os relacionamentos afetivos, e a solidariedade da família antiga inibia a individualidade.

Quando o Estado nomeia-se guardião da saúde, bem-estar e progresso da população, cria-se gradativamente uma nova atmosfera moral para a vida. Ares que modificaram a prática dos cuidados com o corpo, com a casa e com a educação. O discurso higienista teria prescrito regimes alimentares, modos adequados de vestir-se, normatizado o tempo livre dos indivíduos e veiculado regras de conduta para o espaço familiar e social. Nessa atmosfera, pairava também um discurso humanista de zelo para com as liberdades individuais. O espaço da casa colonial se transformou. Através do argumento de que as casas antigas eram insalubres e responsáveis pelas causas de muitas doenças, as famílias foram aconselhadas a localizar suas habitações em lugares elevados, secos, com peças arejadas e claras. Prescreveu-se também a necessidade de minimizar a quantidade de pessoas que compartilhavam o espaço da casa colonial. A presença do escravo, antes imprescindível ao funcionamento da família, foi pensada como desnecessária e até mesmo perigosa, pois também se atribuía aos mesmos a causa de aparição das doenças.

Uma certa ênfase teria sido conferida à importância das figuras da mulher e da criança, através da regulação da sexualidade feminina e da normatização do cuidado e da educação dos filhos. Com isto o pai poderoso teria perdido força. De proprietário de terras, escravos, mulheres e filhos, a quem impunha sua lei, o patriarca teria passado a funcionário do Estado. Com o enfraquecimento do discurso religioso² e a ascensão do conhecimento científico, as

² Hannah Arendt irá dizer que no próprio cristianismo encontramos uma elevação da vida ao estatuto de bem supremo. Entretanto, tratava-se de cuidar da vida na terra para alcançar a vida eterna, o que era garantido pela figura de Deus como legislador: “a justiça divina”. Com a emergência da esfera social, o cuidado com a vida transformou-se, porém um elemento teria permanecido: o desaparecimento da vida política e a manutenção de uma política da vida. “A era moderna continuou a operar sob a premissa de que a vida, e não o mundo, é o bem supremo do homem; em suas mais ousadas e radicais revisões e críticas dos conceitos e crenças tradicionais, jamais sequer pensou em pôr em dúvida a fundamental inversão de posições que o cristianismo trouxera para o decadente mundo antigo. Por mais eloquentes e conscientes que fossem os pensadores da era moderna, em seus

velhas e precisas regras do certo e do errado dependentes de Deus e do pai teriam caído em desuso dando lugar a um discurso sobre o bem viver e a saúde, minucioso, complexo e mutante, que efetuava diferenciações entre os indivíduos. Encontramos aqui uma referência ao que Hanna Arendt chama de ascensão da esfera social sobre os espaços público e privado, onde a inscrição das diferenças entre os sujeitos não se faz mais pelas possibilidades da ação compartilhada no espaço público, mas através da produção de normas que incidem nos comportamentos dos indivíduos (ARENDDT, [1958] 2005).

Nessa medida, o espaço familiar, organizado contra as impurezas da vida colonial, teria se transformado em um lugar saturado de cuidados físicos e emocionais. A casa colonial abre as portas para a cidade, ao mesmo tempo em que o grupo familiar passa a prestar cada vez mais atenção em si mesmo. Erguem-se dentro da família as paredes que garantem a intimidade. Assim, substitui-se o dispositivo arquitetural que fazia barreira entre a família e o exterior por um dispositivo moral que, de um lado, incitava a sociabilidade e, de outro, difundia a idéia de que o ambiente externo era perigoso. A família colonial temia o mundo externo, enquanto que a moderna já não podia estar tranqüila nem fora nem dentro de casa (COSTA, 2004).

Kehl (2002), em seu livro *Sobre Ética e Psicanálise*, também trata dessa espécie de individualização da experiência humana da desmedida, ou, sendo mais moderno, do conflito. Refere que, nas organizações sociais anteriores a esse tempo, a tradição, que precedia a entrada dos indivíduos no mundo, designava e garantia os lugares a ocupar na vida. Lugares já prescritos no código da cultura. Podia-se escolher transgredir as prescrições, porém já se sabia o que se estava transgredindo e que preço se haveria que pagar por tal ato. O conflito ocorria, sobretudo, entre os homens e as regras estabelecidas no grupo em que viviam.

A autora situa como um divisor de águas nesse processo a Reforma Protestante, que, segundo ela, ao propor o fim da tutela das autoridades eclesiásticas sobre as manifestações da fé e a livre interpretação das escrituras, veio a individualizar a relação do homem com a palavra de Deus, ou melhor, com a verdade. Nomeia esse fenômeno como quebra na unicidade do discurso do Outro o que teria produzido a necessidade de uma autofundação das escolhas subjetivas (KEHL, 2002). A interpretação da conduta humana teria então passado a sustentar-se em causalidades internas, via valorização dos sentimentos e atenção ao psiquismo. Cresce o valor do indivíduo e de sua história sócio-emocional, explicada

ataques contra a tradição, a prioridade da vida sobre tudo mais assumira para eles a condição de verdade “axiomática” – e como tal sobreviveu até o mundo atual [...]” (ARENDDT, [1958] 2005, p. 332).

psicologicamente. E somente o médico, autorizado pela incompetência e desconhecimento dos sujeitos, sabia sobre a alma humana e suas paixões desordenadas, prescrevendo as normas do ser saudável, da boa família, do bem viver e da sanidade (COSTA, 2004).

Palombini (2004: p. 1271-2) coloca que

[...] em sua origem, a psiquiatria se constitui sem referência à família, ou mesmo contra sua soberania (pois a internação se decidia à revelia da família e o tratamento proposto inspirava-se não no modelo familiar mas na disciplina militar e no modelo de guerra). Contudo, na medida em que a família é, ela própria, psiquiatrizada, tornando-se sua soberania permeável ao discurso disciplinar, uma relação estreita é estabelecida entre o espaço familiar e os dispositivos disciplinares: de um lado, a família se encarrega de designar o indivíduo anormal no seu interior, aquele que não se submete ao regime disciplinar que passou a reger também a vida doméstica; de outro, a disciplina psiquiátrica acolhe os anormais apontados pela família sob a promessa de refamiliarizá-los, de devolvê-los dóceis à disciplina reinante no seio da família. É nesse ponto que se constitui o que Foucault chama de função-psi, descrita como um discurso que assinala o fracasso da soberania familiar, evidenciado no caráter indisciplinado do indivíduo. Paradoxalmente, é a soberania da família que se constitui, através da função-psi, em instância teórica de todo o dispositivo disciplinar. E a psiquiatria, que se iniciou como instrumento fundamental de esvaziamento do poder do pai (substituído pelo poder disciplinar), passa, no final do século XIX, a buscar sua restauração, como fonte de retro-alimentação de todo sistema disciplinar.

Como efeito dessa nova configuração dos modos de vida, produz-se uma espécie de desequilíbrio familiar estruturante e um sujeito em conflito consigo mesmo. Cria-se, segundo Costa (2004), uma alma que, diferentemente da alma religiosa pensada enquanto essência separada da matéria, enraizava-se no corpo; e produz-se uma outra sociabilidade, alicerçada numa suposta maior autonomia dos desejos individuais. É disso que se ocupará posteriormente a *função-psi*, de que nos fala Palombini (2004), em referência a Michel Foucault. A *função-psi* se inaugura com a psiquiatria, a psicologia e segue transbordando às profissões que vão surgindo como efeito da demanda de cuidados em saúde mental produzida na configuração moderna dos modos de vida. O indivíduo como ser bio-psico-social, objeto do saber dos discursos *psi*, teria então encontrado no enfraquecimento da tradição, na emergência do conhecimento científico sobre a vida e na ascensão da esfera social suas condições de subjetivação.

Nesse sentido, Costa (2004), com Foucault (1988), pensa os discursos sobre a saúde do homem, que emergiram na modernidade e produziram as condições de aparecimento da *função-psi*, como produtores de uma relação de tutela. Relação produzida por um discurso moral, sustentado numa razão instrumental, que “libertou” o indivíduo do poder do soberano, ao mesmo tempo em que o inscreveu no campo das tecnologias normativas, produzindo sua subjetividade objetivada. **Nos dois universos, o da loucura e o da família, assistiu-se a um**

duplo movimento: a migração do lugar do saber para a figura do especialista, e a produção de um lugar de objeto de conhecimento tanto para a família quanto para a loucura.

Essa normalização da vida, entretanto, não se deu apenas com relação aos sujeitos dos cuidados médicos e psicológicos: o indivíduo e a família. Foucault refere que, em alguns países, **“a medicina e o médico são o primeiro objeto de normalização. Antes de se aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico”** (FOUCAULT, 2004, p. 83), através da regulação da prática e dos saberes profissionais. Surge então, concomitantemente à organização do espaço social, toda uma organização administrativa para controlar as políticas de saúde, inclusive a formação médica.

No Brasil, simultaneamente à organização da psiquiatria como especialidade médica responsável pelo saber sobre a loucura, ou melhor, a doença mental, e à ocupação dos espaços estruturados para o tratamento do doente mental pelo psiquiatra, se inicia a normatização do ensino médico e a regulamentação das práticas profissionais. Em 1886, a direção do primeiro hospício brasileiro, inaugurado em 1852, foi assumida por um médico psiquiatra, época que coincide com o início do ensino de psiquiatria aos médicos generalistas. É de 1903 a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, substituída em 1934 pela Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que dispunha “sobre prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos”. A psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma em 1912 (COSTA, 1989).

Um pouco mais adiante no tempo, a regulamentação das práticas e do ensino médico é reformada nos Estados Unidos pelo Relatório Flexner³, seguindo os ideais cientificistas, o que produziu reverberações em outros países, inclusive no Brasil. Ceccim e Capazzolo (2004) afirmam que a concepção de formação de profissionais de saúde sustentada pelo Relatório Flexner estabeleceu uma hierarquia para as aprendizagens (do básico ao clínico), situou o espaço hospitalar como lugar por excelência da formação e legitimou a hegemonia do modelo biologicista nas ações em saúde, bem como, reforçou a fragmentação dos saberes (lógica das

³ Relatório apresentado por Araham Flexner, em 1910, resultado de uma pesquisa realizada nos EUA e Canadá, seguido de novo estudo, então comparativo entre EUA e Europa, em 1927, que reformulou o ensino médico. Antes a formação médica durava até um ano, era acessível a qualquer pessoa interessada e não se baseava em pressupostos científicos. Após, esta foi ampliada para quatro anos de ensino universitário, com aprendizagem em laboratório e ambiente hospitalar, orientação biológica e controle por órgão corporativo da profissão. A educação desses profissionais passou a ser pensada a partir dos critérios metodológico-científicos da época (CECCIM & CAPAZZOLO, 2004).

especialidades). Assim, esse projeto de profissionalização do ensino médico teria retirado a saúde do campo das humanidades para situá-la no campo natural.

A saúde, segundo a racionalidade cognitivo-instrumental da modernidade, estaria em relação com as ciências naturais (a física, a química e a biologia), mais especificamente com a biologia, por ser esta a ciência dos fenômenos da vida, não se incluindo nesse contexto de vida a produção da existência individual e coletiva dos seres no mundo. Todo o acontecimento no corpo-máquina biológico teria uma história de evolução biológica em um corpo com órgãos em ajustamento sistêmico. A formação médica passa a estudar a “história natural” das doenças, na qual estas são compreendidas como natureza possuindo uma linearidade de evolução (os primeiros sinais e sintomas, o horizonte clínico, o adoecimento e a cura com ou sem seqüelas ou a morte), determinada apenas por fatores biológicos. Não se tratou de esquecer os famosos fatores emocionais, tanto que a psiquiatria também descreveu sua história natural das doenças mentais e dos distúrbios de comportamento. (CECCIM & CAPAZZOLO, 2004, p. 348)

Podemos então pensar as primeiras formalizações acerca da formação e do trabalho em saúde já como efeito da lógica disciplinar que produzia os modos de vida há algum tempo. Ou ainda, que a mesma lógica que produziu o manicômio como lugar de abordagem da doença mental e esta como objeto da ação médica, também prescreveu os modos de inserção do profissional nesse espaço, instrumentalizando sua forma de atuar diante do objeto de seu conhecimento. O mesmo saber que definiu o normal e o anormal, prescrevendo as normas de abordagem desses fenômenos, produziu as possibilidades para ação médica e para o ser médico diante da doença mental. Noutras palavras, para empreender uma ação que diz respeito a uma norma, é preciso que se esteja atravessado por ela.

A normalização e o controle do ensino médico aponta para a incidência das normatividades em toda a sociedade. Como iguais todos se incluem na esfera social. Pouco escapa ao modo moderno de gerir a vida. O que ficaria fora? Se há uma exterioridade, que escape a esta gestão, talvez ela tenha passado a habitar o próprio sujeito. **Nesse sentido, o médico e o paciente, o psiquiatra e o doente mental, o profissional de saúde e o sujeito desses cuidados se produziram a partir dos efeitos do mesmo ideal ordenador: aquele que fundamentou o espaço social moderno, fazendo do sujeito, habitante da cidade, um habitante de seu próprio espaço psíquico. O ideal de cidade limpa, perfeita, plenamente governável, que começou a operar na Europa Clássica e no Brasil do final do período colonial, deslocou-se para outro lugar. Nesse deslocamento, já não se trata mais de edificar uma cidade, mas sim um sujeito plenamente governável.**

1.2 A ATENÇÃO EM SAÚDE SE REFORMA

O século XX “avançou” permeado por uma racionalidade técnica produtora de desvios e normalidades. As ciências da saúde, em sua face ainda eminentemente médica, seguiu ocupando-se da experiência adoecer/curar-se – encampando um ideal de saúde, os modos de alcançá-lo e fixando identidades profissionais e pacientes. Se até aqui apresentamos uma discussão em torno da incidência do *biopoder* e da emergência de uma esfera social nos âmbitos da família e da experiência da loucura; daqui a diante, trataremos das relações entre saúde comunitária e saúde mental, na medida em que estes vão se configurar efetivamente como campos das normas de saúde endereçadas à família e à loucura no século XX. O que nos interessa trabalhar, neste capítulo, diz respeito aos desdobramentos dessa lógica, até o momento em que ela é, de alguma forma, interrogada. Pois, nas últimas décadas do século passado, emergem movimentos que pretenderam reformar o campo dos saberes e práticas em saúde, pelo questionamento dos ideais normativos e seus efeitos. Sigamos mais um pouco com a história, agora bastante recente, e deixemos que ela nos leve até lá.

Três discursos teriam sustentado as práticas psiquiátricas no século XX. Nas três primeiras décadas, a loucura era explicada exclusivamente por causalidades biológicas, que abarcavam fatores de hereditariedade e raça, e justificaram ações médicas como as lobotomias, bem como, condutas racistas dentro e fora dos manicômios (COSTA, 1989). Nessa mesma época, as ações de saúde pública se basearam em campanhas sanitárias de combate a epidemias, impulsionadas pelas recentes descobertas em bacteriologia (NUNES, 1989). Via higienização das cidades buscava-se evitar todo tipo de doenças. A cidade se queria sana: nada de epidemias e nada de “loucura” pelas ruas. Até aí nada também de muito novo.

Por volta dos anos 1930, os psiquiatras começam a operar com uma certa noção de prevenção, herdada da lógica campanhista, que fundamentou as ações sanitárias do período. Trata-se aí do segundo discurso psiquiátrico sobre a loucura nascido no solo do século XX no Brasil. Neste, a ação médica deveria exercer-se, também no que se refere à doença mental, no período pré-patogênico (COSTA, 1989). Na carona do ideal de *prevenção*, cria-se o termo *saúde mental*. E o psiquiatra vai ser, acima de tudo, um higienista, que opera também no terreno social. Porém é importante sublinhar que ainda aqui a noção de causalidade das doenças mentais se restringia a aspectos biológicos, como os de hereditariedade e raça, o que

faz com que a idéia de prevenção que surge nesse tempo difira da que surge mais adiante, onde os aspectos biológicos a considerar serão outros.

Entretanto, a nomeação *saúde mental*, já nesse início de século, alarga as fronteiras da psiquiatria. Se antes se tratava de intervir sobre a doença, o que recortava um terreno que deixava fora uma série de grupos sociais; a partir daí, o saber psiquiátrico, se lança sobre a cidade, e os indivíduos tidos como normais passam também a objeto de suas ações. A idéia de *saúde mental* aparece como mais uma face do processo de higienização das cidades, ao qual nos referimos no início deste capítulo. A criação do termo *saúde mental*, embebida do ideal da prevenção, aponta para um movimento das ciências da saúde na direção de cobrir a totalidade do espaço da vida. Trata-se não mais apenas de *curar*, mas de *prevenir* a doença mental através de ações sobre a cidade, sobre as famílias. Um latifúndio do saber científico sobre a saúde vai se formando num lento e contínuo arrastar de cercas, cada vez mais fazendo do fora um dentro.

No que se refere à saúde pública, a partir de 1930, as ações campanhistas passam a dividir espaço com ações curativistas em larga escala, pela criação dos institutos de previdência social e dos programas e serviços de auxílio e atenção médica, nascidos da parceria do Estado com os sindicatos (NUNES, 1989). É possível situar no Brasil, a partir dessa época, a intensificação de um terceiro discurso sustentador das práticas psiquiátricas no século XX: o discurso psicoterápico (COSTA, 1989). Se, no início do século, tratou-se de tomar a doença mental como algo relacionado ao organismo biológico e à raça, cuja cura passava pelo tratamento moral e por intervenções invasivas no corpo; e se mais adiante, tomou-se o modelo das campanhas de prevenção em saúde pública para inventar um parâmetro de normalidade em *saúde mental*, bem como formas de prevenção de doenças mentais; trata-se agora, no discurso psicoterápico, de recolher daí alguns elementos para produzir algo novo. A novidade é a aliança entre o ideal de *cura* da doença mental – agora não mais através de ações invasivas no corpo, mas de operações que incidirão no psíquico – ao de *saúde mental*, importado do campo da prevenção.

Surgem, a seguir, interpretações acerca das condutas humanas baseadas em sócio e psicogêneses, o que coincide com uma discussão emergente no campo da saúde pública sobre as relações entre desenvolvimento econômico, problemas sociais, pobreza e doenças (NUNES, 1989). Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como *um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças* (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), conferindo legitimidade ao paradigma das sócio e

psicogêneses na explicação das enfermidades, bem como incitando o mundo a uma reflexão sobre as condições de vida da população. Inicialmente, tal paradigma deslocou o saber psiquiátrico para um lugar mais periférico no campo da saúde mental. Entretanto, a psiquiatria acabou por encontrar aí uma forma de retomar sua centralidade, fazendo ressurgir o ideal preventivista, agora desdobrado. “A solução encontrada foi a de declarar que o indivíduo não era nem biológico, nem psicológico, nem sociológico, mas um todo indivisível, uma *unidade biopsicossocial*” (COSTA, 1989, p. 27).

Nesse momento, a psiquiatria toma para si um conceito ampliado de saúde, o que no campo do saber psiquiátrico funciona como uma espécie de superconceito, com uma super abrangência explicativa. E se é possível pensar que considerar a saúde como algo amplo poderia trazer para esse campo de intervenção a presença de outros saberes e práticas para dar conta de tal amplitude, não foi o que ocorreu. Essa norma renovada, que produziu outro objeto de intervenção para a ação em saúde mental – o indivíduo como *unidade biopsicosocial* –, acabou por incrementar a centralidade do discurso normativo da psiquiatria no campo da saúde. Porém se, por outro, criaram-se com isto possibilidades para o surgimento de práticas de saúde mental em espaços alternativos, colocando-se em questão a prevalência do manicômio. Através de uma proposta de ampla intervenção na comunidade, a psiquiatria comunitária, se propôs a organizar o espaço social de modo a evitar o adoecimento mental e as internações psiquiátricas. Parece ter havido aí uma tentativa de retirada do hospital psiquiátrico do lugar de referência para o trabalho em saúde mental.

Configura-se então no campo da atenção em saúde um clima favorável à conjugação entre o trabalho em saúde mental e em saúde comunitária, o que se sustentava na proposição de políticas públicas dessa ordem pelos organismos internacionais. Acompanhemos agora alguns trechos da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Otawa – documentos produzidos a partir de Conferências Internacionais de Saúde – que nos falam um pouco desse solo fértil para a aproximação entre saúde mental e saúde comunitária.

Os cuidados primários de saúde requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

Nos termos *auto-confiança e participação comunitária e individual* percebemos um esforço em fazer com que o indivíduo e a comunidade passem a promover sua própria saúde. Ainda nas expressões *desenvolver capacidades, aprendizagem adequada e preparação para as fases da existência* pode-se observar que essa auto-promoção passa por desenvolver a capacidade certa, ter acesso ao conhecimento adequado sobre si mesmo, prever e prevenir-se contra os males da vida futura. Nesse sentido, é preciso *educar para a saúde*, fazendo chegar na população a informação sobre os modos adequados de cuidar da própria vida. Trata-se de um projeto de melhora das condições mundiais de saúde, que aposta no acesso a um conhecimento específico como promotor do bem de todos; e de que todas as comunidades, toda a sociedade (*escola, lares, locais de trabalho*) deve implicar-se nessa tarefa global.

No que tange a saúde mental, este projeto também produziu seus efeitos. Campos (1992, p.52) refere que “equipes locais de saúde mental foram propostas pela OMS/OPAS como forma de inserção da saúde mental na atenção primária à saúde” e que estas ações foram pensadas nos termos da velha visão preventivista de Alma Ata. Tais proposições produziram mais do mesmo no plano da atenção em saúde mental, não modificando efetivamente o modelo que caracterizava a atenção. Mesmo na atenção comunitária, o sujeito da atenção em saúde mental continuava no lugar de objeto de um conhecimento normativo. A saúde mental do indivíduo, como *unidade bio-psico-social*, foi submetida a ações que tinham por objetivo a adaptação aos ideais sociais. A intervenção na comunidade acabou, desse modo, por perpetuar a lógica que fundamentava a atenção em saúde até então, na medida em que transpôs a racionalidade biomédica normal-patológico para a dimensão psicossocial. Tenório (2001) nos diz, com relação à assistência psiquiátrica dessa época, que dos recursos utilizados pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados junto a clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar e apenas 4% à ambulatorial. O que nos remete a uma manutenção da lógica manicômio-centrada, e ao fracasso das ações de prevenção em saúde

mental na comunidade. Talvez, mais do que prevenção, tenha-se promovido uma medicalização do espaço social.

Diante da insistência do modelo manicomial – que no espaço cidade encontrava sustentação nos discursos sobre saúde, desvios e as normalidades – surgem, no final dos anos 1970, movimentos em favor de uma reformulação das práticas de atenção em saúde pública, com ênfase na saúde mental. No campo da saúde pública, a crítica recaiu sobre a inadequada gestão dos recursos, dificuldade do acesso da população à assistência, bem como ineficiência dos serviços prestados organizados segundo o olhar clínico dissociante das especialidades médicas. Em relação à saúde mental, a crítica endereçava-se principalmente à exclusão dos sujeitos diagnosticados como doentes mentais e à lógica tutelar de abordagem da loucura. Assim, em tempos de redemocratização do país, emergiram movimentos que queriam reestruturar profundamente a atenção em saúde no Brasil.

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. Deu-se ênfase à administração e ao planejamento dos serviços e à ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive do setor psiquiátrico. (TENÓRIO, 2001, p. 30).

Os ensejos de transformação ganharam maior consistência com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Federal de 1988. Estas determinaram que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que os serviços de saúde devem ser organizados em rede regionalizada e hierarquizada, com acesso universal e igualitário, direção única em cada esfera de governo, prioridade para ações preventivas, sem prejuízo das ações curativas, necessidade de haver controle social das políticas adotadas e prestação de *atendimento integral*. O tom do texto aponta para uma forte crítica ao aspecto da gestão de políticas, mas também para uma reformulação da assistência, levantando a bandeira da *atenção integral*. Na mesma direção, mais a diante, o Sistema Único de Saúde, já criado constitucionalmente, foi regulamentado pelas leis nº 8080/90 e 8142/90.

Desde então, a noção de *integralidade*⁴ da atenção foi colocada no horizonte das práticas em saúde e tem sido tematizada por muitos pesquisadores da área. Camargo (2005)

⁴ A integralidade da assistência, na Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, é pensada como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que diz respeito ao “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

refere que a idéia de *integralidade* emerge de um vazio paradoxal. Vazio produzido pela techno-ciência biomédica que, ao preencher o terreno do trabalho em saúde com tecnologias de diagnóstico e tratamento, o esvazia de práticas endereçadas ao sujeito e seu sofrimento. Tecnologias que representam avanços importantes na abordagem de doenças, porém, na mesma proporção, estariam reduzindo a experiência de sofrimento ao domínio biológico. Nesse sentido, a *integralidade* nasce querendo dar conta desse vazio produzido e ignorado pela multiplicação exponencial das tecnologias biomédicas. Parece também buscar oferecer resistência ao avanço da lógica dos *especialismos* no campo dos saberes e práticas em saúde. A ênfase no modelo das especialidades potencializaria a ação fragmentada em direção à pessoa atendida, o que ofereceria um risco maior ainda de se fazer do sujeito mero objeto de uma ação técnica. Nesse sentido, a noção de *integralidade* parece colocar-se de forma a colocar em questão esse governo tecno-científico da vida.

Porém, poderia a *atenção integral*, ao suturar o corpo despedaçado pelas especialidades médicas e se interessar por sua vida para além do biológico, fazer dique à onda totalizante e normatizadora? Em que medida a noção de *atenção integral* se difere da de assistência *biopsicossocial* que reformou sem renovar? Em que medida escapa à lógica disciplinar? Sobre este ponto, Camargo (2005) atenta para a confusão que se pode fazer entre a idéia de *atenção integral* e atenção total. Coloca a questão de se é possível e até mesmo desejável que a atenção em saúde se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. Para este autor, *integralidade* não se constitui como um conceito, mas como um ideal regulador, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual busca-se constantemente se aproximar. Fica a pergunta: o que então a assunção de um ideal regulador como a *integralidade* produz na configuração do campo dos saberes e práticas em saúde?

complexidade do sistema”. O texto legislativo, como podemos ver, permite uma diversidade de interpretações acerca do princípio que estabelece. É nesse sentido que muitos autores do campo da saúde coletiva têm se ocupado de pensar a integralidade e que, neste trabalho, também nos ocuparemos de sua problematização – especialmente a partir de uma interrogação sobre a forma com que a diretriz ganha formas no cotidiano das práticas profissionais. Ao longo de nosso texto, construímos os vetores a partir dos quais a noção de *integralidade* pode aparecer nas ações dos profissionais, porém ela é abordada, de forma mais direta, no item 4.1 do quarto capítulo.

Acompanhando a Reforma Sanitária, com seu ideal *de atenção integral*, surge a luta por uma Reforma Psiquiátrica. A partir da Segunda Guerra Mundial, iniciaram-se pelo mundo experiências de transformação das práticas psiquiátricas, pelas quais a psiquiatria brasileira foi afetada: psiquiatria preventiva-comunitária norte-americana, psiquiatria institucional francesa, desinstitucionalização italiana e comunidades terapêuticas inglesas (TENÓRIO, 2001). Todos estes intentos de mudança partiram de um questionamento, em maior ou menor grau, das relações entre a doença mental e a esfera social, propondo espaços de tratamento alternativos ao hospital psiquiátrico. A comunidade como alternativa à instituição apareceu em muitas dessas experiências.

A respeito da Reforma Psiquiátrica brasileira, Tenório (2001) refere que ela teve como marca fundamental o resgate da cidadania do louco, principalmente pela reivindicação de seus direitos. A cidadania como valor central da reforma teria produzido dois discursos que operaram posições a princípio incompatíveis: uma em que se tratava de reorganizar a clínica de modo a colocar a promoção da cidadania no horizonte do trabalho clínico e outra que sustentava a superação do paradigma clínico em favor da dimensão cultural, política e social de abordagem da loucura. Este segundo discurso coloca em xeque a perspectiva clínica, tomando-a como antagônica à promoção da cidadania. O fazer clínico foi associado à produção de manicômios mentais, à lógica da tutela e ao imperativo da normalização. A idéia de reinserção do louco, ou doente mental, ou, desde então, portador de sofrimento psíquico, no espaço da cidade como um cidadão ganhou intensidade. Estava então lançado o desafio de criar um modo de fazer loucura e cidade conviverem.

Para Amarante (*apud* RAMMINGER, 2005), a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo em que se articulam quatro dimensões: a epistemológica, que se refere à reconstrução teórica nas áreas da saúde mental e psiquiatria; a da assistência, que convoca à invenção de novos dispositivos de cuidado; a jurídico política, com a revisão da legislação civil, penal e sanitária; e a cultural, que implica iniciativas para a transformação do imaginário social acerca da loucura. Desde esta perspectiva, a reforma psiquiátrica parece querer intervir nas paisagens e modos de vida citadinos. E a cidade, que conservara uma relação de exclusão com o manicômio, passa a ser problematizada como espaço da loucura. O louco, desde a Reforma Psiquiátrica, como cidadão, passa a ter direito de acesso a um tratamento que não lhe retire da comunidade. Porém talvez isso não lhe retire da condição de natural de outro lugar, de estrangeiro no espaço da cidade – posição produzida e naturalizada ao longo da história. Como então a ação comunitária, sugerida pela reforma, irá lidar com essa estrangeiridade?

Estaria aí uma tentativa de inversão na relação entre cidade e loucura que desde há muito se configurou? Não mais a cidade questionando e produzindo uma circunscrição da loucura, depositando-a entre muros, mas a própria loucura, desde o seu lugar estrangeiro, interrogando a vida e os muros da cidade? A esse respeito Tenório (2001, p. 29) coloca que

a idéia de uma ação “comunitária”, igualmente cara à reforma, exige permanente atenção aos riscos de psiquiatrização e “normalização” do social. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou ao que visamos em nossa prática junto aos loucos). Adiantando uma única referência, ao propormos um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, operamos no intuito de, sem deixar de responder ao mandato terapêutico que nos é outorgado, recusar o mandato também a nós delegado de operar e legitimar a exclusão social do louco.

Na década de 1980, iniciam então algumas experiências institucionais de modificação do modelo de atenção em saúde mental: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Assistiu-se também uma ampliação da participação de trabalhadores, usuários e familiares no movimento de reforma e uma primeira iniciativa de reformulação legislativa – projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado n. 3.657/89 – foi proposta. A chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10.216) foi aprovada apenas no ano de 2001, após um longo período de debates e reformulações de seu texto.

Os NAPS⁵ e CAPS⁶, como unidades de cuidados intermediários entre os regimes ambulatorial e de internação, aparecem como uma saída possível do sistema de atenção à saúde mental manicômio-dependente. Organizam-se devendo funcionar de cinco a sete dias por semana, em horário diurno ou integral, contando com equipe multiprofissional e diversos dispositivos terapêuticos, inclusive lazer assistido e trabalho protegido. Devem estar inseridos em uma “rede de cuidados”, que organizará a demanda segundo a “lógica do território”.

⁵ Tais formatos de atenção passaram a fazer parte do SUS a partir da Portaria 189 do Ministério da Saúde, de 1991, e seu funcionamento foi regulamentado pela Portaria 224, de 1992.

⁶ Mais recentemente, a Portaria 336 do Ministério da Saúde, de 2002, estabelece modalidades de serviço para os CAPS de acordo com as características da população atendida e da abrangência populacional dos atendimentos. Cria a seguinte organização: CAPS I, CAPS II, CAPS III (são serviços de atenção psicossocial para adultos portadores transtornos mentais severos em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo com capacidade operacional de acordo com sua abrangência populacional. Oferecerão serviços mais complexos quanto maior for seu raio de abrangência no território, dividindo-se nos níveis I, II e III) CAPS ad II e CAPS i II (o primeiro é responsável pelo atendimento de pacientes com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas e o segundo se encarrega do atendimento de crianças portadoras de transtornos mentais). A portaria estabelece ainda que os CAPS só podem funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar, com acesso privativo e equipe multiprofissional própria.

Segundo Delgado (*apud* Tenório, 2001, p. 71), o conceito de *território*, inspirado na psiquiatria democrática italiana, estaria para além do espaço físico de circulação do sujeito, excedendo a idéia de bairro ou região de domicílio. Tratar-se-ia de “um conjunto de referências econômicas e sócio-culturais que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. O conceito de *cuidado*, por sua vez, provavelmente viria substituir a idéia de cura, já que o plano terapêutico deixaria de focalizar a doença para se endereçar à complexidade da *existência*. Desse modo, uma rede de cuidados, que organiza a demanda segundo a lógica do território, estaria aí para tentar imprimir uma diferença em relação à idéia de intervenção na comunidade e seus conseqüentes efeitos de normatização do espaço social.

Quando surgiu como novo objeto da psiquiatria, a noção de saúde mental estava estreitamente associada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica em seu sentido mais generoso. Pelo aspecto da crítica do asilo que a acompanhava, essa expressão veio a ser privilegiada pela Reforma Psiquiátrica brasileira. O lugar estratégico que hoje ocupa no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido, e permitir demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENÓRIO, 2001, p. 29).

A idéia de que a ação terapêutica não deve endereçar-se à doença, mas a existência como um todo da pessoa atendida, recorta então outro objeto para a atenção: nem doença, nem saúde, mas a *existência*. A definição de existência como objeto da ação terapêutica pode trazer como conseqüência a insuficiência da técnica no que se refere à configuração dessa ação. Pois, a existência, pensada como múltipla, sempre surpreende os saberes estabelecidos. Por sua vez, a equipe multiprofissional, como responsável pela terapêutica, aponta para a impossibilidade de que qualquer núcleo de saber se proponha como absoluto. Desse modo, o CAPS como portal de saída do hospital psiquiátrico e de entrada para um trabalho que se ocupe da *existência*, emerge como potência para produzir novos modos de trabalhar em saúde mental. Que lugar profissional e que saberes e práticas se produzem aí?

Os textos das conferências nacionais de saúde falam sobre as condições de uma adequada *gestão* da atenção em saúde, veiculando princípios para a *gestão* do SUS. Nessa

direção, alguns autores têm pensado o profissional de saúde como um *gestor do cuidado* (MERHY, 1998)⁷, o que nos faz pensar num certo paradoxo presente no termo. *Cuidar* parece querer introduzir uma diferença em relação aos tradicionais objetivos clínicos tratar e curar. Se a ação de cuidar não se dirige à doença, mas à existência – que não é passível de cura alguma, ou ainda como nos diz Lacan ([1954-55] 1985, p. 292) “a vida não quer sarar” – tratamento e cura perdem qualquer sentido. Nessa perspectiva, o cuidado parece inscrever uma ruptura em relação à lógica normativa. Entretanto, a idéia de gestão aponta para uma posição inflacionada desde onde empreender uma ação, um lugar que pressupõe demasiado controle sobre efeitos e nos remete à idéia de administração. Nesse sentido, também Lacan ([1955] 1988, p. 404), ao criticar a leitura americana da psicanálise, produz uma interrogação que cabe colocar aqui.

É retornar ao princípio reacionário que recobre a dualidade daquele que sofre e aquele que cura pela oposição entre aquele que sabe e aquele que ignora. Como não se justificar por tomar essa oposição como verdadeira quando ela é real, como não deslizar daí para tornarem-se administradores de almas, num contexto social que lhes requer este ofício?

Em que medida ser um *gestor do cuidado* pode se distanciar da posição tão criticada do profissional de saúde como senhor do conhecimento, sustentado por saber *a priori* sobre o normal e o desvio, que trata um sujeito em posição de objeto de uma ação técnica? Como o *gestor do cuidado* escapa da demanda a ele endereçada pela esfera social de ser um “*administrador de almas*”?⁸

⁷ Emerson Merhy (1998), em *Saúde: a Cartografias do Trabalho Vivo*, trabalha a noção de *gestão do cuidado* deslocando-a da idéia de uma gestão normativa da vida. O autor sublinha, na concepção de gestão do cuidado à que se refere, o cuidado como um processo usuário-centrado, permeado por relações acolhedoras. De nossa parte, ao problematizarmos o termo *gestão do cuidado*, nos perguntamos pela prevalência de uma certa idéia de gestão, no campo da clínica da saúde mental, que viria na contra-mão escuta da *existência*. Interessa aqui discutir que possibilidades de gerir o cuidado com a vida podem escapar à objetivação da subjetividade. É com este intuito que tomamos o termo *gestão do cuidado* em sua literalidade, sem fazer uma alusão maior à teorização de Emerson Merhy, à qual, por outro lado, nos parece bastante potente no sentido da ruptura com um certo modelo hegemônico de gestão científica da vida.

⁸ Nesse ponto, interessa-nos sublinhar o aspecto bilateral presente nesse modo de gerir a saúde dos indivíduos e das populações que vem se reproduzindo e se relançando, de modos distintos, desde o advento da modernidade. Trata-se aí de uma via de mão dupla. Assim como o conhecimento científico se encarrega de colocar-se no lugar da verdade sobre o bem viver, os indivíduos e comunidades, de certa forma, demandam das instâncias políticas e do saber da ciência a verdade sobre si mesmo e sobre a vida humana. Em nossa opinião, este fato complexifica ainda mais a tarefa do profissional de saúde mental de renunciar a esse lugar de *administrador de almas*. Merhy e Franco (2005), no texto *A produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde*, trabalham essa questão de como se constitui a demanda dos usuários dos serviços de saúde e propõe modos de intervir nessa construção. Não abordaremos essa temática neste estudo, porém gostaríamos de sublinhar sua importância e enviar o leitor às fontes que consideramos interessantes. Nesse sentido, o texto referido aparece como uma delas e está situado num livro que aborda a temática em questão a partir de diferentes autores e perspectivas.

No âmbito da saúde das famílias, também se buscaram alternativas para a organização dos serviços. Uma das ações que apareceu como desdobramento mais tardio da Reforma Sanitária foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que, segundo divulgação oficial do Ministério da Saúde, prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento pode ser prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pela equipe de saúde da família, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A Unidade Básica aparece então como a porta de entrada do sistema de saúde e com a responsabilidade de realizar os encaminhamentos necessários para os demais serviços da rede, estruturados em uma complexidade crescente das ações de cuidado. No que se refere à saúde mental, a UBS é pensada como espaço de prevenção e acompanhamento do sujeito em sofrimento psíquico leve.

Ceccim (2004) critica tal forma de organização dos serviços, sublinhando que não há entre a UBS e o hospital geral complexidade crescente das ações em saúde. Para este autor as questões de que se ocupa a equipe da unidade básica de saúde são tão complexas como as do hospital, já que a complexidade da atenção não estaria na utilização de tecnologias duras⁹, mas no modo de acolher a pessoa atendida. Uma clínica que visa abordar a saúde como fenômeno complexo deveria se ocupar da escuta à existência, dando guarida a histórias e projetos de vida, e priorizando o cuidado com as pessoas inseridas no território.

Na mesma direção referida por Ceccim (2004), aponta um dos nortes do programa, que enfatiza a necessidade da produção de um laço de co-responsabilidade entre os profissionais e a população acompanhada. Porém, se por um lado, há nessa proposição de trabalho junto às famílias um intento de produzir relações mais horizontais entre profissional e pessoa atendida, dando lugar também ao saber desta; por outro, há uma série de indicadores biológicos da saúde da população que precisam ser gerenciados pelas equipes de PSF. Como operar então com esta dimensão de vigilância em saúde, mais afeita à posição de gestor da qual falávamos anteriormente, sem reproduzir uma normatização dos modos de vida?

Nesse sentido, há muitos pontos em comum entre o trabalho que se produz nos espaços da atenção básica, organizada segundo uma lógica de atenção às famílias, e a saúde mental, pensada como âmbito de abordagem do sujeito em sofrimento psíquico, que colocam

Ver: *Construção Social da Demanda* Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.), Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005.

⁹ Segundo Merhy (1998), tecnologias duras se referem ao uso de equipamentos e exames sofisticados de diagnóstico e tratamento, tecnologias dura-leves dizem respeito à clínica a partir de referenciais teóricos estruturados e as leves seriam as tecnologias relacionais.

questões aos intentos de reforma. Muitos autores têm defendido uma certa conjugação entre as ações em saúde realizadas numa e noutra área como saída para estes impasses. A própria Organização Mundial da Saúde, que declarou 2001 o Ano Internacional da Saúde Mental, com o *slogan* “Cuidar Sim, Excluir Não”, lançou o *Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo 2001: Saúde Mental – Nova Conceção, Nova Esperança*, propondo:

A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento institucional. A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis (p.16)¹⁰.

Nesse sentido, tem sido defendida a concepção de que é preciso promover ações de saúde mental através das equipas de PSF. Lancetti (2002) propõe que haja equipas volantes de saúde mental junto às equipas de PSF, com vistas a evitar o que ele chama de processo de geração de demanda que começa na consulta e termina no hospício e radicalizar a desinstitucionalização da loucura. Alguns autores pensam tais equipas volantes como apenas prestadoras de consultorias, outros afirmam a importância de intervirem de forma conjunta com as equipas de PSF. Casé (2002), relatando a experiência realizada em sua cidade, coloca que lá se optou por iniciar a implementação de práticas de saúde mental através das equipas de PSF, o que ela definiu como uma estratégia de intervenção que tinha como norteador a necessidade de se investir em uma rede de atores e serviços mais do que em especialistas em saúde mental.

Três são os argumentos mais enfatizados por estes autores que propõe a atenção básica como lugar privilegiado das ações em saúde mental. O primeiro diz respeito a uma premissa de que para transformar a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico é preciso intensificar o estatuto ontológico da cidadania. O segundo se refere à necessidade de pensar a atenção em saúde mental como algo que deve se realizar nos lugares existenciais do sujeito. O terceiro afirma a necessidade de se compreender o sofrimento humano como algo que não é exclusividade do saber de nenhuma disciplina, pois é multi-determinado¹¹. Desse modo, tal

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre saúde mental no mundo: 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*, 2001. Disponível em <http://www.who.int/es/index.html>. Acesso em junho de 2007.

¹¹ Lançando um olhar mais atento aos textos normativos que instituem os CAPS e às equipas de saúde da família, percebemos um certo tensionamento existente entre o almejado pelos teóricos da saúde coletiva e o que efetivamente o texto das leis propõem, principalmente em relação à inclusão da diversidade dos saberes nas práticas em saúde. No que se refere à composição mínima dos grupos de trabalho, segundo a normativa do

compreensão implicaria incluir, nas ações de cuidado, saberes e fazeres também múltiplos, legitimados ou não pela ciência, reconhecendo assim a importância do papel das redes sociais, das famílias e do próprio indivíduo na produção de sua própria saúde (LANCETTI, 2002).

Desse modo, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica trouxeram consigo questionamentos aos modelos de atenção em saúde vigentes e à lógica normatizante que os organiza. *Existência* como foco da atenção e *atenção integral* com promoção da *cidadania* como norte para o trabalho desenham o horizonte da desejada transformação. Que possibilidades aí se criam para a experiência adoecer/curar-se, sofrer/cuidar-se? Temos o médico da família e o louco de volta ao espaço da cidade. E, se tanto os lugares de trabalho quanto o objeto da ação terapêutica se modificam, também o profissional precisará se modificar. Que profissional de saúde daí emergirá?

1.3 NOVAS PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Mesmo com as reformas e com a criação de dispositivos de atenção como os Centros de Atenção Psicossocial e o Programa Saúde da Família, muitos autores, que se ocupam do tema da saúde coletiva, referem que as práticas no campo da saúde pública têm perpetuado a lógica reinante nos antigos modelos. Alguns alertam para o fato de que muitos CAPS não passam de mini-manicômios e de que as ações na atenção básica, por exemplo, no PSF, seguem reproduzindo lógicas normativas aparentadas à da medicina comunitária e seu discurso preventivista. Desse modo, dessa história que construímos, no intuito de que dela se retirassem questões para o presente, emergem as seguintes perguntas: Como fazer o que é da ordem do discurso tomar corpo? Com que as reformas empreendidas na esfera macropolítica,

CAPS, devem compor as equipes técnicas, com obrigatoriamente, apenas o profissional médico e o enfermeiro. O restante da equipe deve ser composto por profissionais de nível superior de um grupo de categorias profissionais, sem que haja a obrigatoriedade da presença de uma ou outra especialidade. Algumas delas são: psicologia, terapia ocupacional, serviço social, pedagogia. Há também a necessidade de que se componha a equipe com profissionais técnicos de nível médio, e para tanto também são dadas sugestões, sem que haja obrigatoriedade de presença de uma ou outra área técnica. As profissões mencionadas devem variar, segundo o texto da normativa, de acordo com a característica da população atendida no serviço. Da mesma forma, a equipe mínima do PSF é composta pelo médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde. As demais profissões aparecem apenas como possibilidades de oferecer consultoria quando da necessidade da equipe. Diante disso saltam aos olhos algumas questões. A não distinção entre os campos profissionais soa como se não houvesse especificidade entre os seus fazeres e saberes. Ou melhor, como se as especificidades entre os fazeres e saberes de cada profissão não fizessem diferença quando se trata da atuação nos dispositivos terapêuticos que compõe o trabalho em saúde. Além disso, a obrigatoriedade de permanência na equipe apenas das figuras do médico e do enfermeiro nos leva a pensar que talvez o modelo de atenção esteja distanciando-se da lógica hospitalocêntrica, mas esteja reproduzindo a centralidade do saber médico nas ações de cuidado, pelo menos no que se refere ao âmbito das regulamentações e normativas.

ganhem densidade nas micropolíticas? Ou ainda, com que os profissionais de saúde se apropriem dos novos desenhos dos dispositivos de atenção e se lancem em atos terapêuticos a partir deles?

Seguir a direção dessas perguntas nos leva à proposição de que a transformação dos modelos de atenção ao sofrimento psíquico só pode ser pensada como efeito de dispositivos que agenciem novos modos de pensar-experimentar o trabalho naqueles que com seu fazer produzem o campo da saúde mental. Desde essa perspectiva, a invenção de outras formas de se conduzir nesse terreno estaria intimamente relacionada a uma ruptura com modos de subjetivação pelo trabalho que colocam o trabalhador no lugar de reprodutor de uma ação técnica. Com Foucault (cf. 1.2), vimos que o conhecimento científico, na incidência de suas verdades, fixou identidades profissionais e pacientes. Desse modo, mesmo com legislações, normativas e instituições “reformadas”, se as transformações não afetarem a subjetividade dos trabalhadores, a antiga lógica hegemônica seguirá se reproduzindo no cotidiano do trabalho. Ceccim (2003) é um dos autores que olha nessa direção, afirmando que a renovação e reforma na saúde pública brasileira não se faz sem uma política criadora de novos dispositivos de educação profissional para o setor.

Entretanto, no relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992 (após a implantação do SUS), a necessidade de se garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que *"favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico"* como forma de produzir mudanças nos modos de trabalhar já é apontada. O Relatório incentiva a criação de grupos de reflexão e supervisão, para que os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas, bem como a mudança na lógica das Universidades formadoras de profissionais de saúde. Tais mudanças passariam pela introdução de temas de saúde mental e de saúde coletiva em seus currículos.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, também afirma que a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica passa pela proposição de uma nova política de recursos humanos em saúde. Uma política que *“valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão”*. O Relatório sublinha ainda a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, *“na perspectiva do rompimento dos ‘especialismos’ e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e*

sensível aos diversos aspectos do cuidado”. Aponta também para a valorização da experiência de familiares e usuários, superando a centralidade daquele saber científico que desconsidera o saber popular.

Assim, em ressonância aos abalos estruturais produzidos com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, inicia-se a proposição de novas modalidades de formação de profissionais de saúde. Cria-se a Residência Integrada em Saúde¹², uma proposta de educação profissional de pós-graduação organizada em torno do trabalho educativo multiprofissional e interdisciplinar. Entre as ênfases da Residência Integrada estariam a atenção básica e a saúde mental. Ceccim (2003) propõe que o termo “integrada” aponta para um redesenho da formação, onde haveria integração entre trabalho e educação, entre diversas profissões da saúde e entre ciências biológicas e sociais para alcançar a tão mencionada *atenção integral em saúde*.

A principal novidade da Residência Integrada foi a abertura de vagas de residência para outras profissões. O que havia sido oficialmente previsto pela X Conferência Nacional de Saúde (1996) que, além do aumento de vagas para a residência médica, apontou a necessidade da “criação de programas de residência e de estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e demais profissões de nível superior ligadas à saúde”. Mais recentemente, a Lei Federal nº 11.129/05 – que regulamenta a Residência em Área Profissional da Saúde além da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) – e a Portaria 2.117/05 – que institui a Residência Multiprofissional em Saúde, destinada às categorias profissionais da saúde, excetuada a médica – legitimaram, em âmbito nacional, a diretriz apontada pelas Conferências, bem como, as novas experiências de formação já iniciadas.

Na observância dessas proposições, chama a atenção a separação entre os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional. Da mesma forma que é impossível ignorar, o constante combate da corporação médica à criação de residências para as demais profissões da área da saúde, sob o argumento de que este formato de educação pós-graduada seria exclusivo da área médica. Entretanto, embora, no âmbito legislativo, a Residência

¹² A Residência Integrada em Saúde foi criada pela Portaria SES/RS n.16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n. 11.789, de 17 de maio de 2002. Ela estabelece a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional) e iniciou seu funcionamento na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em 1999.

Médica não participe da mesma regulamentação das residências das demais profissões de saúde, os espaços de formação em serviço serão compartilhados e também os médicos farão parte das equipes multiprofissionais. A pergunta que fica diz respeito aos efeitos que essa separação no âmbito da regulamentação, atualizadora de duelos corporativos, produz no cotidiano de práticas das equipes e o que do cotidiano das equipes pode reverberar no âmbito legal.

Desse modo, o que surge, à primeira vista, como novo na proposição da Residência Integrada ou da Residência Multiprofissional é a produção de um espaço de formação de profissionais de saúde compartilhado por várias profissões e disciplinas. Profissões e disciplinas que podem ou não se posicionar nesse campo como racionalidades regionais. Buscamos a idéia de racionalidades regionais em Lebrun (*apud* MEZAN, 2002), quando ele propõe que cada disciplina possui sua própria racionalidade. Nesse sentido, não existiria a ciência, mas as ciências e as especificidades de suas montagens racionais, o que excluiria a possibilidade de uma razão universal e verdadeira. O termo *regionais* diria respeito ao fato de que cada disciplina, ao recortar seu objeto, produziria uma certa região para a experiência, que se avizinha, mas nunca é a mesma produzida pelos outros campos do conhecimento.

Assim, a criação da Residência Integrada parece desenhar lugares de encontros regionais, na medida em que cada profissão e cada disciplina seguiriam com seus conhecimentos e técnicas próprios e se veria lançada num campo de atividades interdisciplinares e multiprofissionais. Justamente, na configuração desses lugares de encontros regionais, surgia a aposta na possibilidade de invenção de outros modos de trabalhar. Nos termos do Ministério da Saúde, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar pode potencializar a produção de outros conjuntos de competências e de conhecimento, que redimensionariam o trabalho e seu potencial educativo¹³.

Para Ceccim (2005), a região da experiência produzida pela formação em equipe multiprofissional não seria apenas lugar de cruzamentos e intersecções. Tratar-se-ia de uma zona de tensionamento de fronteiras, mais do que de superposições ou dissolução de diferenças. O autor coloca que com esse dispositivo de formação busca-se a emergência de uma

[...] ética entre-disciplinar à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou a interseção entre os profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge, então, a terceira margem, não a interseção da interdisciplinaridade, mas a emergência do entre. Não o desenho da intersecção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de defasagem de si, de sensibilidade (CECCIM, 2005, p. 265).

¹³ Conforme divulgado no *site* oficial do Ministério da Saúde do Brasil, www.saude.gov.br. Acesso em abril de 2006.

A residência multiprofissional carregaria então consigo essa potência de transformação pela aposta na produção de espaços intervalares, de entre-lugares de onde algo novo e singular pode irromper. Buscaria a superação do paradigma de educação em saúde fundamentado no enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho, reprodutor de um modelo de atenção em que predomina uma razão instrumental, fundada no olhar de profundidade, que penetra e manipula o corpo, colocando o sujeito em posição de objeto. Essa razão instrumental como racionalidade hegemônica se sustenta na idéia de que há uma ciência autêntica, colocando-se como modelo para os demais núcleos de conhecimento. Desse modo, a residência multiprofissional, como espaço de formação, buscaria a invenção de novos modos de ser profissional de saúde, pela produção de outras racionalidades. Por fim, estaria propondo, pela formação desse novo profissional, um meio importante de introdução, no campo de trabalho em saúde, de um objeto metamorfoseado como foco da atenção. Aquele definido desde as reformas como a complexidade da vida do sujeito: *a existência*.

Em que medida a introdução de racionalidades regionais no campo da formação em saúde pode romper com a racionalidade hegemônica de trabalho que faz da pessoa atendida objeto de uma ação técnica? Como pode contribuir para a produção de atos terapêuticos que levem em conta a complexidade da vida do sujeito? Ou ainda, de que modo, o encontro entre diversos núcleos de conhecimento pode potencializar encontros entre sujeitos, tanto no espaço da equipe quanto no espaço da produção dos atos terapêuticos? E por fim, o que garante que o campo de formação e trabalho em saúde, mesmo habitado por diferentes profissões, não acabe por reproduzir a racionalidade hegemônica, dando relevo a conhecimentos e técnicas em detrimento da singularidade dos encontros?

A partir dessas perguntas recortamos nosso campo empírico de pesquisa e decidimos pelo acompanhamento de duas equipes multiprofissionais e interdisciplinares de profissionais em formação, uma de atenção básica em saúde e outra de saúde mental. Desse modo, nossa pesquisa caminha na direção da interrogação acerca dos **efeitos produzidos pelos dispositivos multiprofissionais de formação em saúde na produção dos modos de trabalhar em saúde mental**. Daqui a diante duas interrogações se desdobram de nossa questão inicial sobre as possibilidades de transformação do trabalho em saúde mental através da criação de novos desenhos de formação profissional. **A primeira pergunta pela colocação em cena das diretrizes que regulamentam a Residência Multiprofissional em Saúde. Ou como o texto legislativo ganha vida, dimensão e forma no cotidiano dos espaços de formação e trabalho? A segunda pergunta pelos efeitos desta posta em cena ou como**

esses dispositivos de formação atuam na constituição do lugar de profissional de saúde. Melhor dizendo, de que maneira os residentes são afetados pela experiência de trabalho nessa equipe heterogênea na atenção aos usuários?

Seguindo nossa montagem histórica, para colocar em ação a pergunta pela colocação em cena das diretrizes que regulamentam a Residência Multiprofissional em Saúde, trataremos agora da história de constituição de um programa de residência integrada, numa instituição de reconhecida importância na rede pública de saúde de Porto Alegre. Contaremos essa história de duas maneiras. A “história oficial” – a partir de uma pesquisa documental sobre a implementação desse dispositivo de formação de profissionais de saúde na instituição. E a história narrada pelos atores – construída a partir de entrevistas com 13 residentes e 14 preceptores dos Programas de Residência Médica (ênfases em Psiquiatria e em Saúde da Família e Comunidade) e de Residência Multiprofissional (ênfases em Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade).

1.3.1 Da criação de um espaço multiprofissional de formação

A Residência Integrada em Saúde foi implementada no Grupo Hospitalar Conceição, a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, em julho de 2004. Foi instituída pela Portaria GHC nº 109/04¹⁴, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, multiprofissional e interdisciplinar, caracterizada pela educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial, destinada às categorias profissionais da área de saúde, excetuando-se a medicina. Considerando que o GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, a RIS, em sua portaria instituinte, afirma sua inserção no rol de ações que compõe as políticas de ordenamento e formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, buscando atender os princípios norteadores desse sistema, quais sejam, a integralidade, a equidade e a universalidade da atenção com controle social, conforme previsto pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 e pela Constituição Nacional (Portaria 037/07 GHC-DS 247/07). Segundo o projeto da Residência Integrada em Saúde/GHC, o estabelecimento desse dispositivo de formação responde a uma preocupação da instituição em oferecer “uma formação diferenciada que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação

¹⁴ Portaria GHC nº 109/04, expedida em 31 de março de 2004.

terapêutica, ao uso das tecnologias, disponíveis ou a serem criadas, para o cuidado da vida, além do desenvolvimento de pesquisa em atenção integral em saúde”¹⁵.

No texto desse projeto, alguns aspectos chamam especialmente atenção. Traremos então alguns recortes do mesmo, com o intuito de dar visibilidade às palavras do texto original¹⁶. Em primeiro lugar, é preciso dizer que o Projeto RIS/GHC busca clarear a que visão de saúde se opõe. Nele, a RIS afirma-se enquanto proposta de formação que se distancia “da visão em saúde direcionada ao individual e ao biológico, descontextualizados de sua produção social, cultural e histórica”. E “propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde”. Enfatiza a importância de uma “formação que estimule a curiosidade e a experimentação”, bem como vise “desestabilizar conceitos rígidos e produzir novas práticas de atenção em saúde”. Coloca-se ainda como uma proposta de formação que, ao propor espaços multiprofissionais de trabalho educativo, quer “romper com o ‘especialismo’ dos saberes e com a hegemonia da tecnociência para apreensão do real”. Para tanto, privilegia o estabelecimento de planos de trabalho “inter/transdisciplinares” que possibilitem a “experiência de abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos”, assim como a “troca sistemática e contínua entre saberes”.

Ainda em relação aos objetivos desta modalidade de formação em saúde, que se configura no projeto RIS/GHC, destacam-se como questões relevantes a consideração da “realidade local” das comunidades e pessoas atendidas, bem como dos “saberes populares”, em paralelo ao conhecimento científico, para a o estabelecimento de ações ampliadas em saúde. Nesse sentido, “compreender os indivíduos, famílias, comunidades e os diversos grupos sociais como sujeitos do seu processo de viver e ser saudável” coloca-se como fundamental. Por fim, sublinham-se como objetivos específicos da RIS a capacitação dos profissionais para o “planejamento e gerência em saúde” e a construção de uma visão de trabalho que contemple “ações intersetoriais”. Segundo a proposta de formação descrita no Projeto RIS/GHC, todos estes aspectos devem ser desenvolvidos através de atividades de formação que se orientem por uma “metodologia problematizadora”.

Desde a implementação da Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, em 2004, como previa o projeto original da RIS/GHC, foram realizadas

¹⁵ Projeto RIS/GHC, consultado em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/>, em junho de 2007.

¹⁶ Ibid.

rearticulações e reorganizações dos serviços, que privilegiaram a composição multiprofissional dos mesmos e adequação de sua estrutura física¹⁷.

A Residência Integrada em Saúde contempla três áreas de ênfase para a formação: saúde da família e comunidade, intensivismo e saúde mental. A distribuição de vagas para as diversas profissões da saúde é variável em cada uma das ênfases, podendo ocorrer de as profissões estarem presentes em apenas uma, duas ou em todas as ênfases existentes. Tal distribuição atende às especificidades da atenção em saúde oferecida em cada campo/ênfase e é avaliada pela Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição. Atualmente, a ênfase de saúde da família e comunidade, recebe residentes de enfermagem (6), farmácia (3), nutrição (2), odontologia (8), psicologia (3) e serviço social (6). No ano de 2004, primeiro ano de funcionamento da RIS, oferecia-se, nesta ênfase, apenas vagas para as profissões de enfermagem (5), odontologia (5), psicologia (2) e serviço social (5). Em 2006, inseriu-se a farmácia no grupo de profissões que compõe a ênfase de saúde da família e comunidade. E, no corrente ano, agregou-se ainda a nutrição. Já a ênfase de saúde mental recebe residentes de enfermagem (1), psicologia (2), serviço social (1) e terapia ocupacional (1), não tendo ocorrido aumento do número de vagas oferecidas desde o início do funcionamento da residência. Por fim, na ênfase de intensivismo, há o oferecimento de vagas de residência para as profissões fisioterapia (2) e enfermagem (6). E, assim como na saúde mental, o número de vagas e a diversidade das profissões seguem os mesmo desde a implementação. Chama atenção, o fato de a RIS ter tido uma importante ampliação apenas na ênfase de Saúde da Família e Comunidade. De todo modo, é digno de nota que, em sua quarta edição, o Programa da Residência Integrada em Saúde do GHC ofereça 41 vagas para profissionais de saúde em formação de oito profissões diferentes.

¹⁷ Além do Projeto RIS/GHC, a Portaria nº 037/07 GHC-DS 247/07, que regulamenta a Residência Integrada em Saúde/GHC, em seu art. nº 7, assegura que “as atividades da RIS-GHC serão desenvolvidas em ambiente de trabalho, dotado de corpo Técnico-Científico possuidor de experiência e/ou titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino e a aprendizagem”.

A RIS/GHC se organiza através de atividades de reflexão teórica – módulos teóricos integrados e módulos teóricos específicos de campo e núcleo – e atividades de formação em serviço. Tais atividades são distribuídas em uma carga horária anual de 2880 a 3200 horas, o que corresponde à cerca de 60 horas semanais, das quais 10 a 20 % é reservado para atividades teóricas. Com relação às atividades de formação em serviço, há uma organização que prevê que, no primeiro ano da residência, o residente realizará sua prática, exclusivamente, na sua área de ênfase. Já, no segundo ano, realizará estágios também “em áreas afins e/ou complementares, na própria instituição ou em outras instâncias do SUS”¹⁸.

As ênfases da RIS, abordadas nesta pesquisa, têm as seguintes temáticas previstas no projeto para a formação no campo:

1. Saúde da Família e Comunidade: “atenção primária em saúde e o SUS; contexto político-social da saúde; controle social em saúde e o SUS; gerenciamento dos serviços de saúde - planejamento; abordagem de famílias; educação em saúde no cuidado à família; o processo de trabalho em equipe multidisciplinar; interdisciplinaridade; corpo e saúde - dimensões sócio-antropológicas; vigilância à saúde; saúde mental na saúde da família; vigilância epidemiológica e as doenças infecto-contagiosas”¹⁹.
2. Saúde Mental: “legislação em saúde mental; políticas de saúde mental; abordagens teóricas em psicoterapias; terapia de família; arteterapia; álcool e outras drogas; psicofarmacologia em saúde mental; clínica ampliada em saúde mental”²⁰.

Quanto à avaliação do residente da RIS, o projeto entende que se trata de um meio e não um fim em si para a formação, prevendo diversas possibilidades de realizá-la. Uma delas é o trabalho de conclusão, que é condição para o recebimento da certificação do título de especialista. Tal trabalho deve contemplar uma pesquisa, adequada às linhas de investigação definidas, e que leve em consideração os eixos transversais da RIS (atenção integral, educação permanente, humanização). O projeto da RIS prevê ainda que os programas de residência médica já existentes na instituição devem integrar-se ao dispositivo multiprofissional de formação criado, através de atividades de reflexão teórica, como os módulos teóricos integrados.

¹⁸ Idem ao 2.

¹⁹ Idem ao 2.

²⁰ Ibid.

1.3.2 A história narrada por seus atores:

Montando cenários de formação

Um cenário se monta de personagens e histórias. São as palavras e gestos dos personagens que lhe dão corpo e movimento. Tentaremos agora fazer um trabalho de montagem dos cenários de formação a partir das narrativas de seus preceptores, coordenadores, orientadores e dos próprios residentes. Narrações que versam sobre a constituição do Programa da Residência Integrada em Saúde, em suas duas ênfases, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental, e do encontro desse programa com a Residência Médica em Psiquiatria e Medicina da Família e Comunidade nos espaços de discussão das políticas institucionais e nos da assistência. Buscaremos colocar em cena os roteiros simultâneos, os roteiristas personagens, as mudanças de roteiro. Também os elementos cênicos, suas distâncias, seus tempos e modos de aparição. Tomando, arbitrariamente, a criação da RIS como um ponto de partida, nos perguntamos pelos movimentos que a inserção de um novo roteiro de formação produziu nos espaços de trabalho educativo em saúde: cenários de formação.

Iniciaremos a montagem pelo campo da Saúde Mental para, adiante, nos ocuparmos da ênfase Saúde da Família e Comunidade. A escolha por esse começo diz de uma tentativa de dar a ver o que consideramos como um importante movimento de cenários, a saber, a ampliação dos espaços de formação em saúde mental para além dos lugares tradicionalmente instituídos de atenção – hospitais e ambulatorios. Desse modo, a forma que tomará o texto, nesse momento, se assemelhará ao percurso que trabalho e formação em saúde mental realizaram, escapando pelas frestas das instituições totais para os espaços porosos das comunidades. Movimento de encontro entre os cenários de formação em saúde mental e os de saúde da família e comunidade, do qual os residentes e profissionais dos programas aqui abordados começaram a se apropriar.

Cenários de formação em saúde mental

A implementação do Programa da Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição aconteceu simultaneamente a modificações na estrutura dos serviços de atenção em saúde mental. Na fala dos profissionais que participaram do planejamento dessas transformações, a criação da RIS aparece como um dos fatores que impulsionou as mudanças

nos serviços, na medida em que estes deveriam estar organizados de maneira a oferecer espaços de formação adequados. Ou seja, espaços de trabalho em saúde mental consonantes com as diretrizes de desmanicomialização previstas pela Reforma Psiquiátrica. É possível dizer que as propostas de criação de uma residência multiprofissional e de serviços como os CAPS atendiam às diretrizes das políticas nacionais em saúde mental e foram implementadas simultaneamente, embora a residência como projeto tenha se efetivado primeiro.

Uma das coisas que a gente tentou aliar foi ter dentro da instituição uma estrutura que desse conta minimamente, num primeiro momento, da gente implantar a residência. Então uma equipe que acolhesse, um serviço qualificado, profissionais empenhados e dispostos pra questão do ensino, mas também pensar na realidade loco regional e quais eram as necessidades de formação pra essa nossa realidade. (...) Na saúde mental, a escolha também tinha a ver com uma questão de organização interna do hospital, da estrutura do GHC, em função de que existia naquele momento aqui no GHC, além dos ambulatórios de psicologia e de psiquiatria, um serviço de hospital dia, que pretendia atender os usuários do SUS dentro de uma lógica antimanicomial. Existiam alguns problemas em relação a esse serviço, ou seja, uma certa dificuldade de fazer um trabalho em rede e poder dar alta pra esses usuários e ter acesso pra novos usuários. Era um serviço que tinha uma certa dificuldade de se movimentar porque inchava, inchava, inchava de pacientes e não conseguia dar alta. Mas também se estava num processo de discussão dentro da instituição de uma política de saúde mental pro GHC. Se tinha na época alguns leitos de internação psiquiátrica no hospital Cristo Redentor. E tinha uma proposta, já discutida com o ministério público, que tava em projeto, agora ta efetivada, de abertura de alguns leitos de internação em saúde mental, aqui no Hospital Conceição. Agora já foi implantado. E também tinha a proposta de transformar esse hospital dia em CAPS. A proposta era transformar o hospital dia em CAPS adulto, transformar o Serviço de Atendimento a Alcoolismo e outras Drogas em um CAPS ad e também de transformação do ambulatório de psiquiatria e psicologia infantil num CAPS i. Isso ainda era naquele momento, que se estava montando a residência, um projeto político da nova gestão do GHC (psicólogo).

As primeiras turmas da residência multiprofissional testemunharam a metamorfose dos serviços: a desativação do Hospital Dia e do Serviço de Atendimento ao Alcoolismo e outras Drogas, a criação do CAPS adulto e do CAPS ad e, mais recentemente, a abertura de leitos de internação em hospital geral no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Tinha um grupo de residentes que entrou no CAPS ad, quando o CAPS ad tava saindo de dentro do hospital pra se estruturar. E esse mesmo grupo de residentes no ano seguinte veio pro hospital dia e acabou participando da mudança de lá pra cá também. Então eu até brincava com uma das residentes que a formação dela ia ser muito boa em como se estrutura, como se cria um CAPS. Porque tu participar... nem sempre tu faz do melhor jeito que se tem... mas tu participar daquele processo na prática é diferente de tu ver como é que tá feito (assistente social).

A referência aos efeitos de formação que uma tal experiência, em serviços em franca transformação, pode produzir foi referida por muitos entrevistados. Porém, segundo contaram, os efeitos de formação atingiram também preceptoria e orientação. As modificações produziram a necessidade da contratação de novos profissionais que dessem conta das novas demandas na assistência, bem como das demandas de formação com a inserção dos residentes nos serviços. Esses novos profissionais, não raras vezes, nas entrevistas, se colocaram como principiantes.

Quando eu entrei no GHC, eu fui chamada pra saúde mental e estava sendo inserido o projeto da residência. Ou melhor, elas entraram um semestre antes de mim, quer dizer, já estava em andamento esse processo e aos poucos eu fui me adaptando, no sentido de um desconhecimento por essa questão, por essa área. Então a princípio então comecei a poder estar junto com as residentes num trabalho tanto de seminários, de supervisão local, de orientação. Eu fui tendo sim uma série de dificuldades pelo meu próprio despreparo, falta de experiência, que aos poucos tu vais buscando. Até pela própria questão da GEP do GHC estava muito imaturo ainda, de uma proposta pedagógica ainda não concluída. Então isso foi aos poucos tomando um rumo, como ainda continua num processo, mas que bom que está havendo essa questão de capacitação pros profissionais. Porque o momento que tu está dando a formação pro residente, tu estás, como diz a palavra, formando. Pra mim, muitas incertezas, algumas inseguranças, mas também buscando de uma certa forma, a minha própria formação pra poder transitar melhor nesse campo como orientadora (terapeuta ocupacional).

Como podemos ver, os novos profissionais contratados relataram pouco ou nenhuma experiência anterior em dispositivos de atenção como o CAPS. Contaram sobre o desconforto de estar numa posição de quem ensina, na medida em que sentiam que tinham muito que aprender. E, principalmente, contaram de seu esforço em investir na própria formação para de alguma forma dar conta do lugar a que a instituição em transformação os convocava. Embora a referência à convocação à aprendizagem aparecesse de modo mais explícito nas falas dos novos contratados, os profissionais antigos também referiram tal experiência. O que nos faz pensar que um cenário em movimento, em que as posições desde onde atuar na cena estão por se marcar, convoca todos os atores a alguma medida de improviso e de revisão de papéis.

Eu cheguei no hospital dia meio ano depois que começou isso. (Mudança de Hospital Dia para CAPS adulto). Eu me senti muito perdida, porque é um conteúdo completamente diferente teórico do que eu sabia. E aí tu tem que estudar, tu tem que ir atrás e aí tu não sabe nem pra ti e tu tem que ensinar alguém. É super complicado, eu me vi muito perdida. E a enfermagem não é uma área inata da parte da saúde mental. O psicólogo tem toda uma formação voltada pra isso. O assistente social, de certa forma também, o TO, mas a enfermagem tem a ver com a parte clínica. É dentro do hospital que o enfermeiro trabalha. (...) E aí eu fui aprendendo por mim assim, fui aprendendo com a Carla que fazia os

seminários com os psiquiatras, fui lendo, fui fazendo os erros com os pacientes e aí o pessoal foi me avisando que tinha que ser diferente, como é que tinha que ser. E aí eu me coloquei na frente da residente desse jeito. Eu disse: “olha, eu também to aprendendo junto contigo”. Não tem como tu mentir isso, porque por mais que tu tentes não passar a insegurança, ela existe e isso não dá pra tentar burlar. Então foi bem complicado. Ainda hoje eu acho difícil, porque é uma área que tu não aprende de um dia pro outro. (...) A aprendizagem não terminou ainda. Acho que não termina nunca, mas tu tem um período que tu começa a ter uma segurança maior (enfermeiro).

Essa mescla de profissionais experientes, novos profissionais e profissionais em formação constituiu o elenco de preceptores e orientadores que recebeu os residentes. Entre os protagonistas, afetações recíprocas: profissionais impelidos a atualizar seus conceitos e práticas, movidos pelos questionamentos dos residentes. Residentes buscando referências em alguma tranqüilidade dos profissionais experientes. Antigos profissionais reformulando ou enrijecendo modos de trabalhar como resposta ao chamado das transformações ao improviso.

Mudou bastante a minha rotina, porque os residentes trazem muitos questionamentos. Tu tem que te reciclar muito, estudar muito, tu tem que estar... a gente tem que fazer um processo de reflexão muito importante, porque não é fácil. São dez residentes, cinco R1 e cinco R2. Eles questionam coisas que às vezes tu dá conta e tem coisas que às vezes a gente não dá conta. E como lidar com as coisas que a gente não dá conta? Porque eles questionam e eu acho que eles estão aqui pra isso, pra questionar o que eles estão vendo. Mas foi uma coisa bem importante na minha vida, acho que teve um significado bem importante (assistente social).

O Programa de Residência Médica, que já tinha uma longa história dentro do Grupo Hospitalar Conceição, passou a dividir os seus espaços de práticas com os recém chegados residentes de outras profissões. Na percepção de um dos preceptores da Residência Médica em Psiquiatria, este fato não provocou mudanças na rotina da formação médica. Como se compartilhar a cena com novos personagens não exigisse novas performances.

Começou a residência em psiquiatria do Conceição eu acho que foi em 99, então sete anos. Na verdade, a residência foi acompanhando o serviço. A gente começou com dois residentes, um R1 e um R2 e a partir do ano retrasado aumentaram pra três vagas, então tem três R1 e três R2. E a partir do ano que vem são nove residentes, porque a residência em psiquiatria passou pra três anos. (...) Na verdade, a residência acompanha o serviço e não ao contrário. Até porque não tem condições, porque o hospital não me ofereceria assim condições de “ah o que eu quiser, me dá”. Por exemplo, a internação psiquiátrica foi uma coisa que a gente conseguiu esse ano, a duras penas, que era um desejo muito grande, até pra residência e principalmente pra ter um atendimento digno pros pacientes. Então várias mudanças nesses anos todos. (...) Acho que a entrada da RIS não mudou a rotina da RM. São COREMES diferentes. A gente tem uma outra COREME. Então acho que na questão teórica

não. Na prática sim porque as atividades são... por exemplo, nessas mini equipe os pessoal da RIS participa, alguns seminários são juntos, a maioria é separado, mas alguns são juntos. Quando a gente vai dividir tarefas, então se divide. Agora eu vejo muito que isso tem a ver com como o serviço funciona. E o serviço funciona assim, a gente sempre trabalhou em equipe. Então como a gente trabalha em equipe isso é meio automático pra eles né, trabalharem juntos assim, dividindo tarefas (psiquiatra).

A referência ao trabalho em equipe como algo que não seria nenhuma novidade diz respeito ao funcionamento do Hospital Dia, que já possuía profissionais não médicos em sua equipe de saúde mental. Nesse sentido, o CAPS e a RIS não viriam introduzir grandes diferenças na rotina do trabalho. Chama a atenção a afirmação *são COREMES diferentes*, o que nos sugere que, como são órgãos diferentes que regulam a formação da RIS e da RM, não há como as mudanças em uma área afetarem a outra. Porém, o órgão regulador da RIS não se chama COREME²¹. Este regula apenas a Residência Médica. Produz-se aí um apagamento da diferença, inclusive no momento em que se tentava marcá-la, com o intuito de negar o impacto do que emergia como novo.

Como já referido, o novo que a Residência Integrada introduzia fazia série com a novidade que representava a criação dos CAPS. Porém também essa diferença estava em fase de elaboração. Na opinião de alguns preceptores da RIS, havia uma certa dificuldade em assumir que o CAPS exigia uma dinâmica de trabalho em equipe e de organização da atenção distinta daquela que se produzia no Hospital Dia. No relato da preceptoría médica, já se trabalhava em equipe antes da criação do CAPS, tratava-se então de dar continuidade ao trabalho. Entretanto, para um orientador da RIS, era preciso assumir rupturas importantes com a antiga lógica do Hospital Dia. Esta tensão entre romper com o antigo roteiro e dar continuidade a ele esteve presente em muitas entrevistas.

Eu também não entendia muito o que é um CAPS. Como eu trabalhei cinco meses num hospital dia, tu via que os pacientes chegavam as oito e saiam às três horas da tarde. Me parece que tinha pacientes graves, tinha, mas como que isso se acomodava? O que eu percebo é que o CAPS tem um outro lugar de abrangência, de poder receber os pacientes mais em crise pra que eles não vão pra lugares de internação. Que isso pudesse ser um lugar que a gente recebesse sim pacientes em crise, não totalmente assim, mas que... pacientes bem mais comprometidos do que muitas vezes eu vejo chegar num CAPS. Que poderia ser mais a nível ambulatorial, que poderia estar mais no posto. O CAPS seria algo um pouco maior, que poderia receber pacientes bem mais graves. No Hospital Dia, eram pacientes acho que sim graves, seguia a mesma avaliação assim, a permanência deles é que eu acho que era maior. Que era isso assim de não ter esse fluxo “ah, veio, foi, trabalhou e aí se vê aonde tá... que posto tá inserido”. Acabava o hospital dia mais como... as pessoas que trabalharam muito mais tempo no Hospital Dia colocaram a coisa como um paternalismo de mais assim, e uma

²¹ Comissão de Residência Médica.

coisa mais como um assistencialismo. Eu acho que um pouco são essas as diferenças (terapeuta ocupacional).

Da mesma forma, para um dos profissionais do CAPS, este dispositivo de atenção em saúde mental, ligado a um programa de formação multiprofissional, produziu a visibilidade das diferenças, dando lugar, melhor dizendo, dando *existência* a outros fazeres e saberes.

O que eu acho assim que a gente está conseguindo é o respaldo de que outros profissionais existem no CAPS que não só a questão da psiquiatria, que é fundamental, mas que os outros também o são no sentido de que estão ali diariamente fazendo essa continência, esse certo limite, intervenção, diariamente. Seja nas oficinas, seja no decorrer do café da manhã. Porque a cada momento que tu estás ali no CAPS tu pensa tudo como sendo terapêutico. Aí cada residente, cada área tem um ou dois residentes. Então eu acho que isso está começando a aparecer que estes profissionais sim existem e atuam diariamente no CAPS (terapeuta ocupacional).

O CAPS deu existência também a espaços alternativos de intervenção, que, segundo outro componente da equipe precisavam ser mais valorizados como espaços terapêuticos. No relato que segue, aparece a percepção de um preceptor em relação a como estes espaços clínicos das oficinas terapêuticas são percebidos pela equipe. As oficinas teriam um lugar de não valorização, na medida em que os profissionais médicos resistiram a participar das mesmas. Há cerca de dezoito oficinas terapêuticas neste CAPS. Para citar algumas delas: oficina de música, oficina de maquetes, oficina de sabonetes, oficina de fotografia, oficina de relaxamento, entre outras. Não é nosso objetivo aqui discutir o que está em cena, como dispositivo terapêutico, em cada uma delas. Mais adiante, quando apresentarmos o percurso singular de formação de alguns residentes, traremos as narrativas dos mesmos acerca de suas experiências nestes espaços e então poderemos tomar como questão que espaço de clínica e de formação tem se produzido aí. Por hora, nos limitaremos a situar o lugar das oficinas na constituição dos cenários que estamos nos propondo a montar.

Eu acho que aí é uma questão que a gente tem que poder... que eu acho que só vai mudar pra eles (preceptores médicos e residentes) se mudar pra nós. Eu acho que uma oficina tem que ter o mesmo valor terapêutico que um atendimento. Então o serviço é um serviço novo, o CAPS é uma coisa nova pra nós e eu acho que se veio muito com uma idéia de que bom o hospital dia funcionava, era um espaço bem menor do que a gente tem hoje, mas a gente dava conta. Era uma oficina de manhã outra de tarde, aqui tem muito mais oficinas. (...) Não sei, eu fico até receosa de falar, mas a idéia que passa assim é de que é um lugar aonde o paciente vai, tem um valor terapêutico, mas ele não tem o mesmo valor terapêutico que uma consulta. E eu acho que isso só muda se a gente muda o conceito que a

gente tem disso. E se a gente muda o conceito que a gente tem disso, vai existir uma preocupação maior em estar podendo fazer isso como parte da tua formação. Se discute pouco isso quando se fala dos pacientes. Eu acho que se a gente conseguisse discutir com o grupo todo mais o resultado das oficinas eu acho que teria um outro... um outro olhar (assistente social).

Colocar em discussão na equipe o valor terapêutico das oficinas em sua especificidade clínica, na visão deste preceptor, produziria algum movimento na própria equipe. As oficinas acabam sendo o lugar de intervenção dos não médicos e nesse sentido repetiriam a hierarquia estabelecida entre as profissões na equipe. A hipótese deste preceptor é a de que dar visibilidade aos *resultados* destes dispositivos para os pacientes integraria mais a equipe e faria com que as oficinas terapêuticas ganhassem legitimidade como lugar de produção de importantes experiências de formação clínica. Entramos aqui no tema da distribuição de valor e das relações de poder entre as profissões que compõe as equipes de saúde mental.

A inserção de um programa de formação multiprofissional e de uma série de mudanças estruturais nos dispositivos de atenção em saúde mental, no seio de uma instituição de tradição eminentemente médica, não poderia se fazer sem colocar em cena jogos de poder. Muitos preceptores, orientadores e coordenadores fizeram menção a estes tensionamentos. Vejamos que tensões se produziram, de um modo geral, no GHC, especificamente, em relação à proposta da Residência Integrada.

No início, foi bastante provocativo. A inserção da residência multiprofissional dentro da estrutura do GHC não foi sem conflitos, porque na mesma época em que estava efervescendo a discussão do ato médico, a gente vinha então discutindo a inserção de residência. Aí a gente teve muitas resistências internas do grupo da medicina, assim entendido como a corporação médica, não como... a gente tinha apoio de vários colegas médicos, a gente tinha a inserção de vários colegas médicos na discussão da proposta. A gente formou um conselho gestor que era formado por representantes de vários grupos, inclusive da COREME. Na saúde mental, a gente tinha a formação em psiquiatria, então a gente também trazia eles pra dentro da comissão. Na saúde da família e comunidade, tinha a residência em saúde da família e comunidade, então a gente fazia essa discussão aí. Mas foi bastante difícil, particularmente, em algumas áreas. A terapia intensiva, por exemplo, foi um campo muito difícil. (...)E tinha então uma disputa bastante intensa no sentido de entender... tinha uma frase padrão que eles usavam de discutir se a gente tava fazendo uma residência multiprofissional ou criando um profissional multifunção. Uma discussão equivocada de que nós queríamos que todo mundo aprendesse tudo. E a lógica da residência não era essa né, nós fazíamos uma proposta de sim uma formação multiprofissional numa lógica interdisciplinar. (...) Então, na lógica da atenção integral, tinha uma perspectiva de que sim a gente entendia que a gente queria uma formação que num momento pudesse pensar as situações que eram atendidas, as pessoas que eram atendidas, os grupos pelo conjunto de profissionais que tavam atendendo, mas também a gente entendia que tinham que ter

momentos de formação específica de cada uma das áreas profissionais. Por isso a gente constituiu a residência numa lógica de campo e núcleo. (...) Enfim, teve um movimento bastante intenso no sentido de barrar, de tentar frear essa proposta (psicólogo).

A proposta inicial de que a Residência Médica se incluísse no Programa de Residência Integrada não encontrou ressonâncias na categoria médica, sob o argumento de que se formaria um profissional *multi-função*, perdendo-se as especificidades de cada profissão. Nesse sentido, a categoria médica sentiu-se ameaçada e um grupo de profissionais resistiu ferrenhamente à implementação da RIS, apesar dos esforços dos proponentes da mesma em garantir a organização de dispositivos de formação que resguardassem as especificidades profissionais. A lógica de campo e núcleo, tomada da teoria de Gastão Wagner de Souza Campos, buscava mesclar espaços de interlocução entre as profissões, de aprendizagem de conteúdos comuns e de trabalho interdisciplinar, com espaços que mantivessem a especificidade das profissões – os núcleos. Tal preposição encontrou receptividades diferentes nos três espaços de inserção da RIS: Terapia Intensiva, Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade. Na Saúde Mental, esta proposta se efetivou, porém não sem desconfortos, o que é possível perceber no relato que segue de um preceptor da psiquiatria.

O que acontece é que eu costumo adaptar um seminário que eu daria pras pessoas da medicina e aí eu tenho que dar pra RIS também e até por comodidade minha eu dou junto. Porque o pessoal da medicina não participa muito dos seminários com o pessoal da RIS não. Apesar de ter sido um pedido da direção do hospital, e tal. Até porque eu acho que tem as particularidades de cada área e às vezes é mais complicado assim. Algumas coisas ficam mais complicadas de estudar junto e até porque tu já tá num ritmo com uma turma e aí entra outra turma. Então eu vejo algumas atividades junto, mais por comodidade minha do que realmente eu ache que isso seja interessante. Eu acho que a prática sim é interessante, a teoria eu já acho que fica meio capenga, porque até o pessoal da psicologia acompanha mais, mas aí tu vê o pessoal da enfermagem que não tem nenhum contato com... o serviço social... Eu acho que às vezes fica assim uma mistura né. (...) Até porque eu acho que é seminário e não é aula. E daqui a pouco o residente de psiquiatria tá com uma dúvida que ele não quer perguntar na frente da assistente social ou da psicóloga, porque ele pode ter constrangimentos de perguntar, né?(...)De mostrar que não sabe, acho que tem muito isso. Acho que eles não se sentem à vontade, principalmente os RI que tão entrando. Então eu acho que eles ficam mais à vontade... às vezes a gente fica em discussões intermináveis assim... Que que a gente discutiu esses dias? Sobre identificação projetiva. Daí ele não conseguiu entender bem o que que era identificação projetiva. (...) Daí eu fiquei brincando com ele dias assim “olha a identificação projetiva” pra ele ir aprendendo a identificar. E é uma coisa que talvez ele não me perguntaria se tivesse mais gente. Talvez dissesse que entendeu na primeira vez que eu expliquei e ele na tinha entendido (psiquiatra).

O problema que a introdução de espaços de encontro entre as diferentes profissões oferece, segundo este preceptor, diz respeito aos distintos níveis de apropriação do conhecimento em saúde mental entre médicos e não médicos. Seria preciso situar à qual conhecimento ele se refere. Ao que tudo indica, trata-se do conhecimento médico acerca da saúde mental, que envolveria noções de teorias psicodinâmicas e de aspectos orgânicos relacionados às psicopatologias. Se as aulas “integradas” se organizarem em torno da abordagem de temas que dizem respeito a apenas um núcleo profissional, produzir-se-á uma homogeneidade, mesmo com a presença de profissões diferentes. O preceptor se coloca a questão de como transmitir um conhecimento para um grupo tão heterogêneo de profissionais, entretanto uma interrogação mais potente poderia ser: como fazer dessa heterogeneidade, efetivamente, um propulsor de aprendizagens? O nivelamento do conhecimento – todos saberem mais ou menos sobre os mesmos temas, no mesmo nível – poderia trazer um certo apaziguamento, uma harmonia para os cenários de formação. No entanto, talvez a questão não seja garantir a harmonia, mas poder renunciar a ela. Trazer à cena de aprendizagem elementos teórico-práticos de cada um dos núcleos profissionais de forma a potencializar a produção de conhecimentos novos, a partir dos embates.

Por outro lado, no relato do preceptor, o problema do encontro entre diferentes relacionava-se também ao desconforto dos residentes de medicina colocarem dúvidas e mostrarem seu não saber diante de profissionais de outras áreas. O encontro com esse outro inibia, enrijecia fronteiras, bloqueava a assunção de uma posição de não saber, imprescindível para qualquer aprendizagem. O que dá os contornos de um espaço de trocas, interdisciplinar, é a possibilidade de que o não saber apareça. Como então produzir uma experiência interdisciplinar, se os sujeitos se preocupam em sustentar uma posição de saber sem vacilação? Inicialmente, era nesta direção que apontavam os efeitos iniciais do encontro entre Residência Integrada em Saúde Mental e Residência Médica em Psiquiatria. Desse modo, podemos dizer que, entre as principais componentes dos cenários que se montavam com a introdução da RIS, estavam perguntas caladas e o desconforto diante da alteridade que pedia passagem.

Eles vem muitas vezes com a questão assim “ah, isso aqui é pra TO?” ou “Ah, isso aqui não é pra TO?” Ou, muitas vezes, “ah, a gente tinha que fazer mais isso”. Não sei se se poderia dizer um corporativismo. Acho que muitos residentes se perdem quando eles chegam, muito com isso assim, muito fragmentados. “Isso é só meu, eu não divido”. Isso eu acho que é uma coisa que a gente tem que mais ou menos orientar assim (terapeuta ocupacional).

A dificuldade inicial que o encontro com a alteridade relativa às profissões ofereceu, aparece no discurso de vários preceptores. Principalmente, quando a pergunta é sobre a chegada dos residentes e o início da formação em serviço. Esse desconforto com a presença estranha daquele com quem não me identifico se traduzia no impulso inicial de sentir-se invadido em seu espaço. O interessante é que muitas das reações observadas pelos preceptores nos residentes encontravam par nas suas próprias experiências. A regionalização da atenção aparece como um dos elementos novos nos cenários de trabalho e formação em saúde mental que provocou certo estranhamento do lado de residentes e preceptores.

Acho que a maior dificuldade que os residentes chegam é a questão do atendimento na rede de saúde mental. Porque é uma lógica muito municipal, está dentro das políticas, mas... e eu te digo isso porque quando eu trabalhava no hospital a gente não tinha noção de regionalização, de o que que era referência pra o que. O paciente tava lá no hospital e tu atendia. No momento ... como a gente atende muito paciente de fora de Porto Alegre, bom no momento da alta ele vai pra secretaria de saúde do seu município e eles dão conta disso. Então assim não existia uma idéia de que esse paciente pode acessar esse serviço porque ele porque ele pertence a tal região. (...) E foi uma dificuldade muito grande em relação à equipe de saúde mental, quando essa gestão começou a fazer uma contextualização de município, de regionalizar vários serviços. Isso é novidade pro hospital. Os profissionais que trabalham no hospital não têm noção disso. O paciente chegou ali, bom eu atendo, e na hora de devolver “vá pro seu postinho”. Bom agora a gente é referência pra essa região e se a gente não dá conta de atender as demandas dessa região, qual é a relevância que nós temos pra essa região? Se eu vou atender de outra região porque eu acho que o outro não atende, porque eu acho que ele não vai conseguir acessar o serviço, é uma conduta que eu to tomando até sem saber se o outro vai conseguir acessar o serviço ou não (assistente social).

A questão da regionalização introduz uma mudança fundamental de roteiro que pede uma revisão de posições dos personagens. Regionalizar os serviços implica não poder atender toda a demanda espontânea, não poder atender todo e qualquer paciente que busca o serviço, porém não significa não acolher todo e qualquer usuário que pede entrada no serviço. Acolher também é referenciar o usuário com responsabilidade, oferecendo o serviço adequado da rede. É nesse sentido que regionalizar significa, em alguma medida, parcializar. Negar atendimento a um paciente é uma cena indesejada dentro do hospital. *O paciente tava lá no hospital e tu atendia.* No momento em que se passa a atender apenas usuários que moram em determinada

região de responsabilidade do serviço, surge a necessidade de se conhecer a rede de saúde para poder referenciar os usuários que não serão atendidos. A regionalização força os profissionais a se descentrarem da própria instituição e estabelecerem contatos com o que está fora: outras instituições, outras equipes e profissionais, outros modos de trabalhar. Como se o novo roteiro incluísse a produção de cenas de trabalho em movimento centrífugo²². *Isso é novidade pro hospital*. Diante dessa novidade, dois pontos de angústia: *e se a gente não dá conta de atender as demandas dessa região?* E se o outro serviço não estiver tão preparado como o meu para atender o usuário que eu encaminho? Desse modo, a regionalização, assim como outras mudanças estruturais nos serviços de saúde mental, tocou profundamente os modos de organização até então instituídos, colocando profissionais contratados e residentes em posição de pergunta no cenário da atenção em saúde.

Regionalizar diz respeito a inserir o usuário em uma rede de serviços, o que quer dizer tanto referenciá-lo ao serviço de saúde mental de sua região, quanto conectar os usuários da própria região de abrangência que estão no CAPS, para os serviços de atenção básica. A essa altura, um simples *Vá pro seu postinho* torna-se insuficiente. Trata-se da introdução de um pensar em rede. Pude acompanhar no Centro de Atenção Psicossocial em que realizei este percurso de pesquisa uma série de discussões em torno desse tema. O ponto de maior desconforto dizia respeito ao momento de reencaminhar os pacientes para as Unidades Básicas de Saúde, quando alcançado o objetivo do trabalho terapêutico no CAPS. Esse reencaminhar ou referenciar ao posto, não raras vezes, foi trazido em discussão através da palavra *devolver*. Surgiam questões como: *o paciente não é nosso, a gente tem que devolver o paciente pro posto*. Ou ainda *a gente trata, estabiliza o paciente e depois manda pro posto e eles não tem a mínima estrutura para acolher a pessoa. Não demora muito ela vai estar aqui de novo em surto*.

A área correspondente ao CAPS adulto é composta de apenas quatro Unidades Básicas de Saúde administradas pelo GHC, as demais são de responsabilidade da Prefeitura de Porto Alegre. Segundo a equipe do CAPS, o trabalho com as unidades da PMPA lhes preocupava mais do que o trabalho com as unidades do GHC por vários motivos. Referiram que as

²² A questão da organização da rede de atenção será trabalhada de forma mais ampla no quarto capítulo, a partir do percurso de um dos residentes entrevistados, numa interlocução com a proposição de Ceccim (2005) sobre a rede pensada desde a perspectiva de uma mandala. Nos limitaremos aqui a situar tal problemática como um dos pontos de tensão presente nas equipes acompanhadas e a visibilizar os sentidos enunciados em torno da mesma nos relatos dos preceptores.

equipes de atenção básica da Prefeitura não têm estrutura para dar assistência adequada às demandas de saúde mental, já que, em sua maioria, são compostas apenas por médicos e enfermeiros, não possuindo profissionais de saúde mental. Outra crítica dizia respeito à formação dos médicos nestas equipes que, muitas vezes, não têm especialidade em saúde da família e comunidade, fato raro nas equipes do GHC. Neste, muitas das equipes das Unidades Básicas já possuíam profissionais da área de saúde mental em suas equipes, como psiquiatras e psicólogos, há mais de dez anos. E, entre 2003 e 2006, um grande número de novos profissionais foram contratados. Este investimento na qualidade das equipes dava, de alguma forma, uma maior tranquilidade para a equipe do CAPS, quando o assunto era receber e encaminhar pacientes ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC, o que não ocorria em relação aos serviços da Prefeitura.

Aos poucos, produziu-se uma discussão cujo centro era a relação entre CAPS e Unidades Básicas de Saúde. A equipe começou a dar-se conta da importância de ir até as unidades de sua região de abrangência para conhecer a realidade das mesmas e, na medida do possível e do demandado, dar alguma assessoria em relação à atenção em saúde mental. Um cronograma de visitas foi realizado, com prioridade para as UBSs da PMPA, onde os profissionais inseriam seus nomes de acordo com sua disponibilidade. Durante muitas reuniões de equipe, discutiu-se sobre a dificuldade de cumpri-lo, na medida em que muitos referiam que as suas várias outras atividades os impediam de *gastar um turno de trabalho* numa visita ao posto. Todos reconheciam a importância de fazê-lo, porém tal projeto avançou lentamente.

Se o projeto de visitas avançou lentamente, não se pode dizer o mesmo dos espaços de debate acerca da temática. Os espaços de discussão sobre o laço do CAPS com a rede de saúde proliferaram, sensivelmente, durante os quatro meses que acompanhei a rotina do serviço. Criou-se, por exemplo, uma comissão de profissionais da equipe que se ocuparia de pensar o fluxo de usuários entre CAPS e UBSs, já que além da preocupação com a chamada *devolução do paciente pro posto* havia também importantes questões sobre a forma de ingresso dos usuários no CAPS. Muitas UBSs queixavam-se da dificuldade de *conseguir vaga* para seus pacientes e acusavam o CAPS de ser um serviço fechado, que selecionava pacientes. Os profissionais do CAPS sentiam-se angustiados com tais queixas e com a crescente demanda, o que lhes levava a questionar seu funcionamento.

A questão do ingresso de usuários no CAPS merece alguma atenção de nossa parte. A equipe do CAPS funciona através de três micro-equipes, compostas por um profissional ou

residente de cada núcleo, o que dizia de um esforço em contemplar a multiplicidade de olhares na composição das equipes. A cada semana cada uma das três equipes recebia um paciente novo para uma entrevista, que é chamada de avaliação. O encaminhamento de usuários das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura é mediado por uma equipe de interconsultas da PMPA, responsável por discutir o caso com os profissionais das unidades e repassá-lo para a equipe do CAPS. Trata-se de uma espécie de assessoria que teria o objetivo de trabalhar com as equipes das Unidades Básicas de Saúde o que se consistiria em demanda para CAPS. Desse trabalho, constrói-se uma lista de espera que o CAPS vai atendendo à medida de suas possibilidades.

Situada, brevemente, a dinâmica interinstitucional, voltemos às questões relativas aos cenários de formação. É nestes cenários em movimento que os residentes vão constituindo seu lugar nas cenas e vão sendo constituídos a partir da atuação a que o cenário lhes convoca. A construção da Jornada de Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição, que segundo um residente foi uma criação dos mesmos no sentido de unir CAPS e UBSs na discussão da atenção em saúde mental, diz um pouco dessa dinâmica. A tomada da diretriz *regionalizar serviços* como uma questão para a formação e o trabalho em saúde mental tem tido efeitos importantes de formação e de reinvenção de práticas. Talvez uma delas esteja no fato de que se responsabilizar por um território implica inserir-se como ator da rede.

Então agora a gente teve a Jornada de Saúde Mental, onde a gente já tentou se aproximar bastante dos postos. A gente está fazendo contato, visitando os postos. E um dos estágios de rede, o primeiro é internação, que eu não entendo muito bem ainda o que se faz lá, na internação do São Pedro nesse contexto da reforma psiquiátrica, mas o segundo estágio de rede é através dos postos. É dando esse gerenciamento, essa consultoria pra eles. Tentar mostrar pra eles que eles fazem saúde mental sim, só que eles não sabem valorizar isso. Que a saúde mental depende mais deles e que o funcionamento do CAPS também depende muito deles, porque se for como acontece hoje de mandar qualquer caso, daqui há pouco a gente está atulhado, a gente não vai conseguir fazer realmente uma rede. Vai ficar um manda e devolve, dentro do possível. Eu acho que nesse sentido que se pode fazer diferente na residência. Pensar saúde mental em equipe. E não só dentro do CAPS, mas principalmente fora do CAPS (residente de psicologia).

Essa preocupação em sensibilizar e preparar as equipes de atenção básica para o atendimento das demandas de saúde mental convivia dentro do CAPS com a dúvida a respeito de sua viabilidade. Ao mesmo tempo em que alguns profissionais pensavam em um encaminhamento para a questão, através do estabelecimento de laços entre serviços e

assessorias, outros tratavam de sublinhar o choque entre lógicas de atenção, entre concepções de terapêutico, marcando as impossibilidades.

Eu não conheço muito a atenção básica, mas eu acho que tem uma diferença grande. Até, bom, obviamente, porque a atenção básica é pulverizada. Eu acho que a saúde mental é um dos elementos da atenção básica. Mas eu acho que a formação profissional de quem trabalha com saúde mental é completamente diferente, inclusive a nível de condições internas de trabalho, de disponibilidade interna. Eu acho que a gente trabalha muito mais com o que a gente... com a bagagem da gente como pessoa do que às vezes como profissional, porque aquela pessoa... o teu trabalho é muito em cima da tua pessoa. A gente tava descrevendo algumas características, até minhas... então eu acho que o que eu faço dentro do trabalho... to falando de mim né, mas acho que serve pra todos... tem a ver com toda a minha história. A minha formação teórica com certeza, mas o que eu disponibilizo pras pessoas. Então isso... eu acho que a formação na atenção básica, vejo muito assim com a questão da resolutividade, de resolver problemas. E a gente não trabalha com essa lógica né. Muitas vezes o problema é a solução ou não se resolve o problema (psiquiatra).

Aqui aparece uma questão interessante a partir da reflexão de um preceptor da psiquiatria sobre o princípio da resolutividade. Na saúde mental, a lógica da resolução entraria em questão, já que não se trataria aí de resolver problemas, mas de tomá-los em consideração. O *furor curandis* seria um dos perigos do trabalho em saúde mental. Entretanto, nos perguntamos se a diferença entre atenção básica e saúde mental, marcada no discurso dessa preceptora, estaria apontando para a impossibilidade do encontro. Nesse sentido, não haveria aí uma lógica de resolutividade como resolução, no sentido de uma busca por resolver a tensão que as diferenças entre a atenção básica e na saúde mental colocam?

Eu acho que o enfoque é muito diferente. Por exemplo, eu tava fazendo uma supervisão de um pessoal que veio da rede básica, das médicas e tal, elas me trouxeram um caso de um paciente... Era um menino que morava numa casa em que o irmão era drogadicto pesado, a mãe tava preocupada, ele tinha dezesseis anos, ele dizia que não tinha nada ruim com ele, mas ele também não tava estudando, não tava fazendo nada. Aí ele foi, a médica fez uma consulta e outra consulta e deu fluoxetina pra ele. E daí a minha dúvida foi assim. “Mas tá tu achou que tinha sintoma de depressão?” “É, eu achei.” “Mas assim... que motivação ele tem? Que que ele quer? Porque que ele foi na consulta? Ele foi com a mãe? Alguma vez ele foi sozinho? Ele quer se tratar? Que que ele quer mudar?” Um enfoque assim, “bom, ele tá com sintoma depressivo, eu vou resolver isso.” Mas a queixa era da mãe, a mãe trouxe ele a todas as sessões. Então vamos ver que esse guri... deixa ele falar, deixa ele se aproximar, vamos ver o que ele tem pra dizer. Deixa ele vir uma, duas, três, quatro vezes. Não tem urgência de medicar, a gente não precisa tá medicando os pacientes. Porque é uma angústia do profissional, dos médicos, do médico ter que medicar. Então vem uma, duas vezes pra conversar... do colégio... É que essa paciência, se é que a gente pode chamar de paciência, acho até que o pessoal da atenção básica tem esse interesse, mas é diferente o enfoque. Eu acho absolutamente diferente e uma coisa que me incomoda muito é essa coisa de que tem que mandar pro posto. Por quê? Só porque é mais perto de casa? (psiquiatra)

Nesse relato, estão presentes questionamentos às diretrizes de resolutividade e de regionalização. No que se refere à primeira, o preceptor se pergunta, de muitas formas, pelo lugar do sujeito, na escuta dos médicos da atenção básica. Identifica uma diferença na forma de se pensar o que seria ser resolutivo num e noutro espaço de assistência. Endereça-nos, nesse ponto, uma questão: como ser resolutivo sem agir de forma a excluir o sujeito? Sugere que a resolutividade estaria mais do lado de uma clínica que visa esbater o sintoma do que a escuta da subjetividade. Como pensar então a resolutividade no campo da atenção em saúde mental? E no campo da atenção básica? Que diferenças existem na apropriação desse conceito num e noutro campo? Que especificidades e que traços em comum a formação na atenção básica e na saúde mental guardariam entre si? E como pensar uma aproximação possível entre cenários que colocariam em cena roteiros talvez inconciliáveis? Por fim, como produzir modos de trabalhar que apontem para a *existência*, abandonando visões morais e normativas, a partir dessa aproximação?

Com relação à regionalização, a pergunta (*essa coisa de que tem que mandar pro posto. Por quê? Só porque é mais perto de casa?*) do preceptor é instigante e nos impulsiona a cruzar uma linha. Desde o início, nossa pergunta apontava para que possibilidades de invenção de novos modos de trabalhar em saúde mental estariam se produzindo em espaços de formação multiprofissional de profissionais de saúde. No percurso que fizemos até aqui, vimos que os profissionais que trabalham nos espaços mais legitimados de práticas em saúde mental (CAPS) atrelam a questão da renovação de suas ações a um trabalho em parceria com as equipes de atenção básica. Alguns por considerar imprescindível esse laço, outros por desacreditar na capacidade de as Unidades Básicas de Saúde atenderem os usuários egressos do CAPS, outros, ainda, por tomar para si a tarefa de investir na sensibilização e qualificação dos profissionais da atenção básica para um trabalho em rede com o CAPS. De um modo ou de outro, a questão da saúde mental na atenção básica está presente no cotidiano do CAPS, interrogando profissionais e residentes. O que também é possível observar se atentarmos para movimento que a Residência Multiprofissional vem fazendo de aproximação aos espaços de formação em saúde da família e comunidade, através da criação de estágios nas Unidades Básicas de Saúde.

Como já dissemos, buscamos fazer uma montagem que diga da história e dos movimentos dos espaços de formação em saúde, partindo das narrativas dos sujeitos dessa experiência, personagens dessa história. Cruzando a linha, a partir de agora, nos ocuparemos dos cenários de formação em saúde da família e comunidade, inserindo nesses contextos nossas perguntas.

Cenários de formação em saúde da família e comunidade

Começemos por tentar situar como a especificidade do fazer em saúde mental se insere no cotidiano dos profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, espaços de formação dos residentes de saúde da família e comunidade. Lembrando que a formação numa residência prioriza atividades práticas – ou seja, a experiência na atenção aos usuários e no trabalho em equipe dentro dos serviços, o que faz com que o cotidiano dos mesmos seja determinante para a aprendizagem dos residentes – buscamos iniciar a montagem dos cenários partindo dos elementos trazidos pelas narrativas dos profissionais sobre esse cotidiano. Tentaremos dar visibilidade, nesses cenários, aos lugares a partir dos quais os saberes e práticas em saúde mental se produzem e sobre os efeitos disso na formação profissional.

44% das consultas pelo CID, que a gente bota no boletim, 44% é depressão, tristeza, enfim, mas tem algum grau de sofrimento. Não há uma ação sistematizada, por exemplo assim, saúde da mulher, saúde materno-infantil, daí saúde mental infantil. Acho que é uma falha. A gente não tem nenhuma idéia mais clara sistematizada da população em relação à saúde mental, é um atraso. Nós temos sérios problemas no manejo da questão da dependência química que seria um dos problemas, aí alcoolismo talvez seja um pouquinho menos, muito pouco menos, mas os usuários de drogas injetáveis por exemplo, a gente não tem redução de danos, sabe? Isso é o SUS todo, mas enfim, ruim mesmo. Existem vários grupos, nas unidades, de saúde mental de diversos... desde assim de, não sei se diz ainda, de psicóticos até pessoas de diversos graus de sofrimento psíquico. E o CAPS é... Às vezes a gente tem dificuldade assim, essa coisa, por exemplo, da violência contra a mulher, do abuso infantil também, ah, é difícil, pra manejar, sabe? E os recursos inter-setoriais também são difíceis. O CAPS tinha uma época que... é difícil também porque aí não tem vaga. A internação psiquiátrica é também um caos, muito complicado. A nossa referência pra internação é a emergência psiquiátrica que é o PAM3. Recentemente eu tive uma experiência ali que foi muito ruim assim. Foi há um mês atrás, uma paciente com tentativa de suicídio aí a gente encaminhou pro PAM3 e o PAM 3 disse que não era. Ela voltou pra casa e a mulher tentou de novo, aí levaram ela inconsciente pro PAM3 de novo. Aí bom, ela ficou uns dias lá, outros dias aqui naquele salão ali, sabe, e depois foi pro Espírita, dopada, completamente dopada. Só dopam aí pra não ficar incomodando. Acho que a gente teria que estruturar melhor isso assim, saúde mental na atenção primária. Isso aí está caindo de maduro. E tem a banalização, bota Fluoxetina na água, né? (médico de família e comunidade)

As dificuldades cotidianas diante das demandas de saúde mental, relatadas por este preceptor, são interrogadas desde uma perspectiva sistêmica. De um lado, faltaria aos serviços de atenção básica um projeto de trabalho em saúde mental sistematizado como política, de outro não haveria a instalação de uma rede efetiva de trabalho que conectasse os diversos espaços de atenção. Essa desarticulação da rede estaria deixando profissionais e usuários à deriva, produzindo cenas de sofrimento e (des)cuidado. Diante disso, as intervenções do ponto de vista medicamentoso aparecem como possibilidade de anestesia: *bota Fluoxetina na água, né?* Entretanto, a necessidade de se fazer algo que transforme, que movimente o cenário constituído aparece como uma emergência, *caindo de maduro*.

No relato que segue, outro preceptor aborda a questão dos impasses que as demandas de saúde mental colocam para as equipes de atenção básica, a partir de um olhar que foca os tensionamentos e questionamentos produzidos dentro da própria UBS a partir das tentativas de modificar a dinâmica de trabalho em saúde mental instituída. Ao mesmo tempo em que seria preciso ter uma política de atenção em saúde mental, seria imprescindível movimentar cada membro da equipe para debatê-la e construí-la coletivamente.

Qualquer profissional que lida com o ser humano vai tá se defrontando com as questões de saúde da mente e do corpo, né... o quanto a gente tá disposto, o quanto a gente tá podendo fazer isso é o que eu acho que tem que ser debatido, que tem que ser ampliado e poder ser pensado como política. Eu já vivi isso e é possível as ações em saúde mental estarem nas ações de outros profissionais. Mas isso vai se dar de uma forma melhor se houver uma política, um jeito de fazer isso pensado coletivamente, não na dependência do desejo individual. (...) Ainda tá muito fragmentado. A unidade que eu trabalho é privilegiadíssima: três psicólogos, um contratado, dois residentes mais um psiquiatra que vai duas vezes por semana. Mesmo assim, internamente, tem dificuldades. A agenda de demanda de psicologia que daqui a pouquinho é uma lista de espera gigante que tinha que poder ser pelo menos escutada e agora eles tão conseguindo fazer isso. Mas essa escuta é um problema da psicologia. A equipe, de modo geral, não chegou a debater. Agora a gente já tá com uma reunião agendada pra isso. Acho que existe um grande esforço dos profissionais de psicologia pra poder tá fazendo esse debate, tentando inserir essas questões. Existem alguns princípios como o vínculo, possibilidade de tá acompanhando as pessoas ao longo do tempo, a questão do território que permitem aos profissionais de saúde serem mais ousados no sentido de poder tá dando uma assistência a essas necessidades sem necessariamente ser um profissional graduado nessa formação (enfermeiro).

Aqui ganha destaque a questão da disposição, do desejo dos profissionais de tomarem para si a problemática da atenção em saúde mental, inserindo-se numa construção com os outros. A pergunta pelo desejo vem acompanhada da aposta na possibilidade de os atos terapêuticos em saúde mental, em alguma medida, transcenderem as fronteiras entre as profissões. Uma aposta na ampliação do lugar da saúde mental nos cenários da atenção básica, pela extensão da responsabilidade da escuta ao sofrimento psíquico a todos os profissionais da equipe. Essa reinvenção de roteiros e papéis, com a inserção das questões de saúde mental nos cenários da atenção básica, se faria pela convocação da equipe ao debate, cena que estaria começando a se produzir no local de trabalho desse preceptor. Contrastando com essa forma de pensar o trabalho na atenção básica, que aponta para uma porosidade das fronteiras entre as profissões, aparece a visão de um outro preceptor, que, quando convocado a falar do trabalho na equipe de saúde, traz as seguintes cenas.

Difícilmente, hoje, qualquer profissional consegue trabalhar sozinho. Essa é a primeira definição né. Um médico de família mais ainda, tá? Primeiro porque ele tem uma população de duas mil e quinhentas ou mais pessoas e que, bom, alguns dos cuidados não são nossos. Se uma criança tem que ser vacinada, eu posso dizer pra mãe que tem que levar a sua criança pra vacinar, mas não sou que vou fazer a vacina. Então ela tem que ir pra alguém que faça isso. Então esta visão mais global é que a gente tenta ver com as pessoas e as famílias no sentido da utilização de outros recursos que a gente tem dentro da equipe. Então se uma mulher, que precisa fazer um preventivo, mas ela não se sente confortável de fazer comigo, mas ela sabe que tem que fazer. Então seguramente ela pode fazer com a enfermeira. Ela faz, coleta e depois vem me trazer o resultado. Não muda nada. Então isso é uma adequação dos recursos de outros profissionais no sentido de ajudarem no cuidado. Então esses são alguns exemplos de... E mesmo na área de saúde mental, algumas vezes, a gente sabe que a gente tem um limite. Bom, se tem uma situação que é muito grave ou muito complexa, do ponto de vista... bom precisamos de um psiquiatra. O psiquiatra vai fazer uma avaliação, vai medicar e nos devolve. E aí talvez ele, uma ou duas vezes por ano vai no psiquiatra e o resto do tempo fique conosco. Bom, mas são os recursos que a gente tem aí pra gente poder encaminhar e retornar. Então seria a questão da referência e contra-referência. Eu acho que a gente tem isso em mente que a gente tem limites e que precisa trabalhar em equipe é muito importante (médico de família e comunidade).

A equipe de saúde a que o médico de família deve referenciar-se, quando surge algo de um limite de sua intervenção, aparece como muito importante. Porém trata-se de uma equipe composta pelo médico de família, pela enfermeira e pelo psiquiatra, embora a unidade na qual esse preceptor trabalhe seja umas das que mais possui profissionais e residentes de vários núcleos profissionais. Chama atenção também a referência ao trabalho em saúde mental como uma prática de referência e contra-referência entre médico de família e psiquiatra, o que sugere, por um lado, a configuração de cenários de formação e trabalho em

saúde mental na atenção básica centrados no saber médico. A partir desse relato, é possível supor que nesta equipe de saúde a questão da atenção ao sofrimento psíquico não é algo que se insere numa discussão mais ampla que atravessa os fazeres dos vários profissionais da equipe, ou, se atravessa, é algo que aparece como desconhecido ou desconsiderado na experiência desse preceptor. A posição deste profissional em relação à criação da Residência Integrada também aponta para uma não valorização de espaços de encontro entre residentes e profissionais de profissões distintas. O argumento que a justifica é o da perda das especificidades profissionais.

Eu acho que tem uma questão que é filosófica e que eu discordo, como eu te coloquei da outra vez. A gente sempre pensou que as outras áreas, por exemplo, enfermagem, que trabalham muito próximo de nós, depois que terminassem a graduação fizessem algo semelhante aos médicos. Uma residência, que aí não seria a residência médica, mas a residência em enfermagem, que elas pudessem aprender todas essas coisas que não são discutidas na graduação. E que o serviço social, a psicologia, a odontologia, fisioterapia, todas essas áreas afins pudessem ter uma pós-graduação em serviço, que nem a residência médica, pra poder aprofundar coisas que não foram tratadas na graduação. A discordância é que botaram tudo junto. Eu não concordo com isso. No hospital existe a RIS, né, a Residência Integrada em Saúde, que eu não sei muito dela. Sobre os referenciais teóricos, não é pra mim que tu tem que perguntar, porque eu não sei o que que é tratado. Eu não me envolvo e não quero me envolver, porque eu acho que eu já tenho muito trabalho com a Residência Médica. Então eu acho que essa é uma questão que cada área tem que cuidar das suas coisas. Eu acho que as enfermeiras têm que cuidar da formação das enfermeiras e etc. Então basicamente eu acho que é um espaço interessante porque junta saberes, mas o meu receio é que as especificidades deveriam ser mais bem trabalhadas. Claro, vem a residente de enfermagem aqui “ah, eu to atendendo não sei o que, bababa”, eu sento “papapa”, mas eu não acho que seja função minha. A minha função é com o residente médico (médico de família e comunidade).

Não fica claro em que medida o encontro entre profissões produziria a perda das especificidades. Como resposta à convocação a explicar melhor como se daria isso, a resposta que aparece é uma espécie de “é assim porque é assim”: enfermeiro ensina enfermeiro e médico ensina médico. Como se este modo de trabalhar não fosse uma escolha, mas a única possibilidade, algo tão natural que não necessita de explicação. Além disso, a posição do preceptor é, de certa forma, impactante na medida em que ele em nenhum momento coloca em questão seus pensamentos. É um discurso que fala de certezas. A certeza maior que dele se pode apreender é: do outro eu nada quero saber. Nesse sentido, temos aí um modo de pensar o trabalho em saúde, que coloca em cena elementos fixos, um roteiro que não pode ser rasurado ou reescrito, personagens possibilidade de improvisado. Porém, não há montagem

cênica que não possa ser interrogada, em que pese a tensão que se produza. E assim aconteceu, como nos conta outro preceptor da residência médica.

Quando começou a residência integrada, a residência multiprofissional, eu acho que isso provocou uma tensão nas equipes muito importante que está em processo ainda que eu equiparo à mesma tensão que teve em 93 no serviço. Em 93, entrou um grande grupo de profissionais e a maioria de todas as categorias. Naquela época, também entraram assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de higiene dental, acho que o dobro do número que entrou agora. Acho que agora entrou trinta e seis, na época foram setenta. Então também foi assim bah, teve um salto, obviamente com muita tensão. E a RIS eu acho que está fazendo isso agora também e já fez isso também com o currículo integrado, que é um espaço multi, vamos dizer assim, de reflexão teórica, tanto teórica como de campo dentro da atenção primária. Então acho fundamental assim pra ampliar teu olhar, pra ampliar tua prática é uma outra percepção né do processo de saúde. (...) Quando a multi entrou no segundo ano provocou um caos, foi uma tensão assim, tão grande que a perceptoria médica perdeu seu norte, eu não era perceptora ali... eu não sei bem o que aconteceu, mas assim, não teve mais programa do núcleo na medicina, houve assim um recolhimento do núcleo da medicina, talvez pela própria tensão provocada pela multi nas unidades, nos médicos e tal que o programa de núcleo da medicina sumiu e sumiu até hoje, ele só vai começar em março (médico de família e comunidade).

Algo interessante de ser apontado é a questão de que, nas entrevistas dos preceptores do campo da saúde da família e comunidade, aparecem mais referências às tensões que se produziram pela criação da Residência Integrada do que nos relatos dos preceptores do campo da saúde mental. Neste último, parece ter havido uma certa cautela por parte dos entrevistados em dar visibilidade a estas tensões, seja porque nos momentos em que este tema entrava em pauta se fazia referências ao gravador que eu utilizava e ao sigilo dos nomes dos entrevistados, seja por simplesmente relatarem que não houve conflitos. Trago esta questão, pois me parece que os conflitos, os tensionamentos, os jogos de poder entram mais em discurso e tem mais espaços no universo da atenção básica e, talvez, este seja uma diferença importante entre os dois cenários de formação. O relato que segue traz um pouco da história do serviço de saúde comunitária e de seus programas de formação profissional, fazendo uma referência explícita à dinâmica das relações de poder que tem colocado essa história em movimento.

O serviço surgiu em função da residência médica, né? Eu acho que assim o processo era muito mais centrado no médico. A partir da residência multiprofissional, eu acho que houve um certo equilíbrio na relação do próprio poder dentro da... dentro do serviço. Foram contratados mais profissionais, então os outros núcleos também tiveram que se mexer, poder se pensar. Inclusive mexeu com o processo da formação da residência médica, porque aquele poder hegemônico médico, ele acabou, não sendo mais o único espaço de formação. Também se buscou uma certa aproximação naquilo que poderia ser comum, apesar de toda resistência

de alguns profissionais, apesar da resistência da própria corporação médica, que luta ferrenhamente contra isso, não dentro do serviço, mas fora. Eu acho que o próprio desejo de muitos profissionais médicos, que tã em formação, levou à essa aproximação. Então eu acho que assim, a residência, ela trouxe uma vitalidade pro serviço que se tinha perdido já fazia muito tempo, tava assim num certo só lutar para sobreviver. O nosso campo de luta era a gente se manter vinculado ao Conceição. A gente não queria ser repassado pro município, porque a gente considerava que a questão da formação era diferencial para nós. Hoje o serviço tá fazendo movimentos de se pensar...(odontólogo)

Merece destaque aqui a ligação entre formação e a criação/reestruturação dos serviços de atenção. Como se a primeira funcionasse como motor das últimas. Questão esta que já havia aparecido no discurso de um preceptor da psiquiatria, quando discutimos os cenários de formação em saúde mental; porém, ao revés. Naquele relato, a residência é que acompanha o serviço. Aqui, pelo contrário, é o serviço que acompanha a residência. Diferença que talvez mereça uma atenção maior de nossa parte mais adiante. Por agora, vale sublinhar a fala deste preceptor em relação à *vitalidade* que os programas de formação trazem para os serviços pela reconfiguração do que ele chama de *os campos de luta*. É como se a configuração de espaços de formação nos lugares instituídos da assistência, introduzisse uma tensão que movimenta o serviço na direção da vida e não da *sobrevivência*. A cada ano o Serviço de Saúde Comunitária do GHC recebe em torno de quarenta novos profissionais de sete profissões distintas²³ que vem realizar sua formação em serviço e se distribuem nas doze Unidades Básicas de Saúde do Serviço. O impacto dessa renovação anual é referido pela maioria dos entrevistados.

Acho que eles chegam com questões assim... Aí claro, tu também te recorda um pouco do tempo que... Que nem um pouco o filho reaviva as lembranças da infância da gente. Acho que o residente ele reaviva um pouco as questões de quando a gente saiu da faculdade, da universidade. Porque a academia, na nossa área, ela dá uma formação muito tecnicista, né? Quando tu chega num espaço público tu não tem, tu não pode... O espaço de formação era um, o espaço da clínica é outro. Alguns residentes tinham assim uma certa, uma dificuldade em se deparar com a questão da demanda, abrir mão de alguns passos da técnica. Tanto que a gente teve um momento que a gente fez um seminário no nosso núcleo abordando realidade acadêmica e realidade do serviço. Tinha alguns que vinham com um certo desejo de transcrever aquilo que acontecia na universidade pra cá. A gente sempre tem que estar permeável pra essas coisas, mas algumas coisas são praticamente inviáveis de a gente fazer no mesmo formato que se dá no espaço de formação dentro da universidade. Eu acho que a gente fica assim... a nossa convocação burocrática da instituição “ tem que se adequar àquela coisa aí”, “ não, isso não dá” (...) Pensando no processo de formação, ele é dialógico, eu também não sou mais o mesmo profissional de quando começou a residência e acho que talvez os residentes não sejam os mesmos profissionais de quando entraram. Então

²³ Na ocasião da coleta de dados desta pesquisa, eram seis as profissões que se incluíam nas Unidades Básicas de Saúde para fazerem sua formação em serviço. Neste ano de 2007, incluiu-se uma mais: a nutrição.

acho que é um processo que a gente tem que estar permeável pra poder fazer movimentos, né? E eles também têm que estar permeáveis pra poderem fazer movimentos. Eu sempre digo tanto pras pessoas que estão entrando, os colegas novos que entraram, quanto pros residentes que assim o espaço que a gente dá é um espaço em permanente construção (odontólogo).

Este preceptor narra um certo (des)encontro que se produz quando da chegada do residente ao serviço. Esse estranho recém chegado reaviva a história do preceptor, *que nem um filho reaviva as lembranças de infância de um pai*. A presença do residente conecta o preceptor com marcas antigas, esquecidas, rastros dos caminhos que o levaram ao lugar de hoje. Trata-se de um (des)encontro onde se presentifica um estranhamento familiar. Do lado do residente, o serviço aparece como desconhecido, quase um monstro, que na voracidade de atender a demanda acaba por deturpar a técnica de uma dada profissão. Diante disso o residente resiste, tentando transpor a experiência da academia para o espaço que está adentrando, encontrando-se com uma primeira convocação a repensar sua posição. O preceptor que recebe esse residente precisará, de alguma maneira, acompanhá-lo em uma passagem. *Encontrar um ponto* que não seja nem se deixar engolir pelo monstro voraz da demanda, nem o de continuar intervindo desde a academia. Isso não se fará pela transposição completa de uma experiência anterior para o momento presente, porém tampouco se produzirá na ausência de alguma permeabilidade entre o antes e o agora. É a esta permeabilidade que se refere o preceptor quando diz que não é mais o mesmo, é outro. Esse “tornar-se outro” se potencializa também com a entrada dos residentes que, com suas demandas “impossíveis”, possibilitam movimentos de resistência à *convocação burocrática da instituição*. Como efeito desse (des)encontro também os residentes já não são os mesmos de quando chegaram. Um dos elementos constitutivos de um cenário de formação em que há lugar para a invenção é a permeabilidade. É preciso *estar permeável para poder fazer movimentos*, para desacomodar os lugares instituídos. Na fala de outro preceptor, novamente aparece o desejo de desacomodação: *na equipe que eu trabalho as pessoas, na sua maior parte, estão a fim dessa desacomodação, mas elas não conseguem mais sozinhas se desacomodar e a residência faz isso*.

É preciso lembrar que a referência dos preceptores ao efeito que se produz pela presença de profissionais em formação nos espaços da assistência apareceu, frequentemente, também no campo da saúde mental. Nas narrativas dos profissionais entrevistados, principalmente da RIS em saúde mental, falou-se muito do medo de não dar conta dessa posição de quem deve ensinar, transmitir o conhecimento. Contaram que passaram a estudar

como nunca na busca de dar conta desse lugar. Alguns referiram que optaram por não dar aulas. No cenário que montamos agora algo disso também está presente, porém não da mesma forma.

Me lembro de alguns sentimentos. Primeiro, o medo, a sensação de “como é que vai ser isso? A partir de agora eu tenho alguém aqui comigo que tá em formação, tem certo grau de dependência ou não, como é que é isso assim de se relacionar com alguém diferente?” E, no meu caso especial, se referia a ter alguém numa unidade de saúde onde eu era a única enfermeira há quinze anos. Então elaborar esse processo de que eu tinha uma enfermeira comigo, mas numa condição diferente, em processo de formação, com algumas necessidades pra dar uma atenção... era a perspectiva de concretização do ideal, a materialização de algo que eu acreditava que era importante. (...) Eu diria que agora, com uma certa bagagem, ainda me dá um friozinho na barriga cada vez que troca a turma. Mas não é aquele medo inicial de “nossa, como é que vai ser isso?” Mas a satisfação vem aumentando, porque têm turmas que tão concluindo, têm pessoas indo pro sistema de saúde, têm pessoas atuando e te dando retorno assim: “bah, aprendi muito”. Tem uma coisa que eu falo muito pros residentes e que eu falo como uma troca de vivência. Digo assim “olha, eu só fui me dar conta de tudo que eu tinha aprendido, e que foi um monte, no Murialdo, muitos anos depois que eu tinha saído de lá. Um dia tu vai poder avaliar a dimensão do teu aprendizado, não agora” (enfermeiro).

Há o medo, o frio na barriga, a pergunta sobre como vai ser, seguido de um movimento de apropriação. É possível identificar a produção de um lugar de transmissão. Talvez de transmissão da experiência singular mais do que propriamente de um conhecimento duro, desencarnado. É a mencionada *troca de vivência* que ganha a cena e a idéia de que o efeito disso se faz sentir num tempo posterior. Surge aí outro elemento importante num cenário de formação: a singularidade da experiência, o conhecimento como aquilo que se corporifica. Escutando alguns dos preceptores da saúde da família e comunidade, esta noção da importância da experiência de cada sujeito e de suas perguntas para a produção de aprendizagens aparece bastante. No fragmento de entrevista a seguir, algo disso aparece. A chegada ao conhecimento precisa ser *desejada, não obrigada*.

A minha formação teórica ela é fragmentada né. Até foi engraçado quando eu recebi o convite do Ricardo e ele me deu o tema que a gente ia abordar em aula. Eu já “ah, pode deixar, que eu tava trabalhando esse tema, tenho meio pronto”. Aí ele ficou me olhando e disse. “Não é assim.” “Mas como não é assim?” E ele disse “não, olha, a perspectiva é realmente fazer com que as pessoas sejam sujeitas do seu aprendizado, não é bem aquela coisa de dar uma aula”. E eu, macaca velha, dezesseis anos de saúde, já superando, achando que tinha superado o modelito palestra. Eu digo “tá, olha aí ó, impor um problema, é o problema que vai instigar, né?” A chegada até o conhecimento não é de mão beijada. É um

processo de aprendizagem que envolve uma necessidade, um interesse, uma aproximação desejada, não obrigada (enfermeiro).

Este preceptor nos fala de um espaço onde um problema é o ponto de partida para a aprendizagem. Quem se sentir convocado pelo tema inicia um processo de aproximação em direção a ele. Não se trata aqui de um espaço de formação que pensa a resolutividade como a resolução mais rápida e menos trabalhosa de um problema, conforme a experiência relatada pelo preceptor da psiquiatria em supervisão de residentes de saúde da família e comunidade. Trata-se de acercar-se ao problema, tomá-lo em consideração, estabelecer uma relação de interesse em direção a ele e de criar uma forma de abordá-lo. Nesse sentido, parece que os esforços de problematizar o que seria resolutividade estão presentes, por momentos, em ambos os espaços de formação pesquisados. E essa problematização passa por introduzir na cena tanto a subjetividade do profissional (preceptor e residente), quanto a do usuário. Passa por colocar em cena o desejo.

Saúde da família e comunidade já tinha um desejo de ter residência há muito mais tempo. Existia já um projeto de residência em enfermagem. Mais ou menos 93, 94, existia também um grupo de pessoas que se juntaram pra pensar também uma proposta de residência multiprofissional, que naquele momento não se concretizou. Então com o serviço de saúde comunitária foi muito fácil implantar a residência no sentido que já tinha um grupo disposto, já tinha um grupo também com experiência em formação, porque a saúde comunitária tem experiência com a residência de medicina de família e comunidade há muitos anos e os demais profissionais se envolviam já com a formação dos residentes. Porque a formação se dá em equipes multiprofissionais, então os residentes de medicina tinham uma convivência com os demais profissionais e trocavam com os demais profissionais. Então tinha já ali um espaço fértil pra se montar a residência multiprofissional (psicólogo).

Alguns preceptores da ênfase em saúde da família e comunidade, tanto da Residência Médica quanto da Residência Integrada, tiveram, na sua história, experiências de formação em equipe multiprofissional. Entrevistei preceptores que passaram pela Residência Multiprofissional do Centro de Saúde Murialdo, na década de 80, assim como preceptores que fizeram sua residência médica no GHC, em uma época em que já havia algumas experiências de trabalho multiprofissional na atenção básica. Inclusive, alguns profissionais não médicos já participavam da formação dos médicos na residência em algumas equipes. Um preceptor de serviço social, por exemplo, nos contou sua experiência de dar supervisões para residentes médicos em assuntos específicos, como abordagem de famílias de risco, intervenção na comunidade e outros. Foi assim que a proposta da Residência Integrada em Saúde encontrou as condições para iniciar sua construção com grande participação dos profissionais que

atuavam na atenção básica. E estes, referiram que, em muitos momentos buscaram referências no Programa da Residência Médica, sempre se questionando sobre as especificidades de uma formação multiprofissional. Desse modo, se a formação médica serviu, em alguma medida, de modelo, também serviu como parâmetro para pensar a diferença que se queria produzir.

Naquele momento quem estava escrevendo a proposta da residência era o grupo da saúde comunitária, era muito específico, foi um grupo de profissionais bem variado enquanto categorias, mas o grupo era da saúde comunitária. Nosso gerente na época disse “toquem a residência, escrevam a proposta”. O modelo mais próximo que a gente tinha era a residência médica que tradicionalmente existe no GHC. Fomos atrás de informações da residência do Murialdo, de outras residências no país que a gente buscou informações, vimos como funcionava. Então a gente estruturou meio recortado assim, com o modelo oriundo um pouco da residência médica, um pouco de outras residências da psicologia que a gente teve acesso. E a gente sabia que ia ser um processo em contínua construção, como tem sido (psicólogo).

A pergunta pela diferença ecoou na novidade que se introduziu pelas atividades de formação de campo. O campo como lugar de encontro *entre* os núcleos (e não de adição) profissionais convocava à montagem de cenários inéditos. A organização de um currículo integrado, trazido da formação médica, foi uma resposta à pergunta sobre a integração, como podemos observar no relato abaixo.

Então assim, algumas coisas a gente teve que criar, porque eram questões que da formação médica eram muito específicas. A gente teve uma dificuldade muito grande de pensar o que seria o campo, porque talvez fosse o nosso maior nó. Porque assim, a gente pensar do ponto de vista de cada núcleo, elaborar uma formação parecia algo interessante, agora, que era comum pra gente pensar que essa residência fosse integrada? Isso pra mim foi o maior desafio... Eu acho que aí o currículo integrado veio com uma proposta. (odontólogo)

O surgimento do currículo integrado se deu no Programa de Residência Médica, segundo um preceptor, na busca de *integrar o conhecimento e conter um pouco a formação modular de ensino*. O modelo modular dizia respeito à organização das atividades teóricas a partir de módulos de conteúdos: *módulo família, módulo epidemiologia...* Esse modelo deu lugar a uma aprendizagem baseada em problemas: *tendo por base um problema, um território e seus problemas*, tratava-se de fazer com que os módulos ou os conteúdos surgissem *no aprendizado de uma forma integrada*. A criação da RIS teria fortalecido a construção do *currículo integrado*, na medida em que também os profissionais em formação nesse programa passaram a participar desse espaço de formação.

Durante quatro meses acompanhei as reuniões de equipe do CAPS e participei também das aulas de campo do currículo integrado na 6ª fase de saúde da família e comunidade. Esse último, que é dispositivo de formação que se organiza em aulas semanais das quais participam residentes de todos os núcleos, funciona como uma espécie de roteiro sempre em aberto de estudos. Seu objetivo é a abordagem de conteúdos referentes à atenção primária em saúde, comuns a todas as profissões da atenção básica, partindo de problematizações de questões de saúde que surgem em um determinado espaço-tempo da experiência de assistência. Talvez o elemento mais interessante que se introduza nos cenários de formação em saúde da família e comunidade pela criação do *currículo integrado* seja o encontro sistemático entre diferentes modos de trabalhar em saúde em um espaço de discussão. Nos serviços, algo desse encontro já se produz, mas o que está no centro do cenário é a prática. O currículo integrado, por outro lado, é um espaço teórico, que põe em cena a fala acerca das experiências. Diálogo e reflexão ganham centralidade. Os jovens profissionais são convocados a assumir posicionamentos e a questionar os modos de trabalhar dos outros e os seus próprios diante de seus pares. É um lugar onde os profissionais em formação se identificam e se diferenciam, se conhecem e se estranham e, acima de tudo, repensam suas posições.

Não raras vezes as discussões no currículo integrado versaram sobre saúde mental. Mas se eu pudesse apontar uma constante nesse espaço seria a pergunta: *como organizar as equipes de saúde para conhecer as reais necessidades da população?* Pergunta complexa que, formulada pelos participantes logo de início, serviu como disparador de muitas discussões. Poderíamos apontar dois eixos principais nessa pergunta. O primeiro seria aquele que aparece mais perto do ponto de interrogação: uma preocupação com as *reais necessidades* dos sujeitos atendidos. O segundo refere-se à equipe e pergunta como organizá-la. De um lado, a suspeita de que sobre as *reais necessidades* não se sabe e de que é preciso criar formas de alcançá-las. De outro, o pressuposto de que um tal alcance não se produz sem um rearranjo do trabalho em equipe. O currículo integrado introduzia então talvez um dos elementos mais importantes nos cenários de formação em saúde que dão lugar a invenção: a tentativa de alcançar o outro, ou ainda, a consideração da alteridade.

Há algumas diferenças nas formas como os espaços de formação se configuraram no campo da saúde mental e no da saúde da família e da comunidade. Mesmo que nos dois campos estejam operando dispositivos multiprofissionais, os cenários de formação constituíram-se de modo bastante distinto. Tais diferenças talvez digam respeito tanto às diferenças das demandas que batem à porta de um e de outro serviço, quanto à história de

constituição dos mesmos. O fato é que existem pontos diferenciais que fazem com que a formação em um e noutro espaço ganhe tintas particulares. Esses elementos diferenciais talvez impliquem também a produção de distintos modos de trabalhar em saúde mental num e noutro cenário de formação.

Na saúde mental, não há a sistematização de um espaço de discussão acerca das experiências na atenção aos usuários que seja comum a todos os núcleos profissionais que compõe a equipe. Os espaços de encontro e de narrativa de experiências são as reuniões de equipe, onde o que está em pauta é a discussão do caso clínico. A formação, nas reuniões, não estaria no centro cena, entretanto, também a perpassaria – assim como a todos os espaços de práticas. Entretanto, não há um espaço-tempo instituído que faça função de problematizador das experiências. As cenas de trocas experienciais aparecem nas frestas do roteiro, de improviso. Na sala da equipe, entre um atendimento e outro, tomando um cafezinho, fazendo um lanche. No corredor, na saída de um atendimento angustiante, quando o colega passa e empresta a escuta, o olhar, a presença. Há algumas aulas que são comuns a todos os núcleos, porém não acontecem de forma planejada. Acontecem na informalidade, como, por exemplo, quando um professor é convidado para falar sobre um tema aos residentes da RIS e os residentes médicos são convidados a participar. Ou quando um preceptor da psiquiatria resolve, por conta própria, dar aulas juntando os dois programas de residência, por comodidade, como ele mesmo referiu. O que contrasta com o campo da saúde da família e comunidade, onde se organizou o *currículo integrado*, que vem cumprindo a função de lugar oficial de encontro e de problematização de experiências.

Essas diferenças dizem de uma história. E poder montar essa história pode funcionar como possibilidade de repensar a construção dos cenários. Foi nesse intuito que trouxemos aqui a história narrada por seus atores. Como bem nos diz uma residente de enfermagem da ênfase em saúde da família e comunidade:

Tu começa a refletir mais sobre as coisas antes de julgar elas, sabe? Antes de “ah, pô, que droga! Essa equipe não funciona!” As pessoas têm uma história. As pessoas, a equipe, tudo tem uma história que leva as coisas a acontecerem de um jeito. E eu acho que eu aprendi muito aqui a pensar nisso pra poder propor modificações (residente de enfermagem).

2. A EXPERIÊNCIA

Durante todo o primeiro capítulo, buscamos por em relevo às formas de abordagem da loucura e da família que se produziram no campo da atenção em saúde. Jogamos com a hipótese de que a loucura como alteridade teria sido encerrada não apenas nos hospitais psiquiátricos, mas também na captura operada pela nomeação *doença mental*. Discutimos a regulação da saúde da população e a disciplinarização da vida familiar. E propusemos que os profissionais de saúde, desde há muito formados num espaço de hegemonia da técnica, não escaparam à lógica produtora da objetivação da subjetividade. Problematizamos as possibilidades de ruptura, com essa lógica normativa, que as Reforma Sanitária e Psiquiátrica trariam consigo. Feito isso, daqui para frente, nos ocuparemos da discussão sobre **as possibilidades de experiência que os espaços – (re)formados – da atenção em saúde oferecem para os profissionais em formação**.

Para tanto, será preciso esclarecer a que nos referimos quando falamos de “possibilidades de experiência”. Assim no intuito de trazer ao leitor algumas coordenadas a esse respeito, buscaremos, na própria história da formação em saúde, como uma certa noção de experiência foi utilizada. Nesse momento, algumas aproximações e distanciamentos entre experiência e técnica serão propostos. A seguir dedicaremos algumas páginas à construção, com alguns autores, da idéia de experiência, como nós a pensamos, e dos elementos que consideramos que entram em cena quando se trata do experimentar. Dentre estes elementos, destacam-se alteridade e apropriação, que entrarão em cena, cada um a sua vez. A seguir e para entrar propriamente na questão de um método para a pesquisa, colocaremos no centro da discussão o tema do encontro com a alteridade e de suas possibilidades de registro. Por fim, narraremos nossas primeiras incursões pelo campo empírico de nosso estudo, os espaços de formação dos residentes, bem como traremos algumas cenas que possam dizer, em alguma medida, de nossa estada neles.

2.1 EXPERIÊNCIA, ALTERIDADE E APROPRIAÇÃO

A idéia de que é a partir da vivência no cotidiano de trabalho que um profissional de saúde é formado não é uma novidade. O componente da educação em serviço, desde o início do século passado, já aparece nos dispositivos de educação na área. Uma série de reformas, às

quais já nos referimos, iniciadas nos Estados Unidos nos anos 20, que buscou unir os modelos de formação de médicos e enfermeiros aos princípios da pesquisa experimental da época, organizou a formação do profissional de saúde dentro do hospital a partir do contato direto com os pacientes. Surge aí um ideal tecno-científico de educação profissional a ser alcançado, que define experiência como o momento de aplicação da técnica aprendida. A técnica ganha centralidade e, a reboque, assiste-se a produção de uma política de atenção em saúde que focaliza a “doença do sujeito” e não o “sujeito da doença”. Disso, de alguma forma, já falamos.

A Residência Multiprofissional, por sua vez, parece vir questionar esse ideal tecno-científico, situando a formação em dois espaço-tempos: um, que se configura pelo encontro com a pessoa ou família atendida e outro, pelo encontro com a equipe multiprofissional. Temos aí duas direções possíveis a seguir. A primeira, que diz respeito ao que seria uma experiência na atenção, e a segunda, perguntaria pela experiência produzida no trabalho entre os profissionais da equipe. Entretanto, somos levados a considerar algo que não segue nem uma linha nem outra, mas quer abordá-las em seu ponto de enlace, a saber, a questão da experiência na produção da formação. Ponto em que um espaço-tempo adentra o outro: a experiência na equipe que se expande ao trabalho de atenção e a experiência na atenção que se faz presente no trabalho em equipe.

Para iniciar, nos parece importante pensar de que se trata em uma experiência e qual a relação da mesma com o que é da ordem da técnica. Considerando o que nos diz Benjamin ([1933] 1994)²⁴ de que na contemporaneidade nos tornamos mais pobres em experiências transmissíveis, produzindo-se uma nova forma de miséria, o que ele chamou de “monstruoso desenvolvimento da técnica” (ibid, p. 115), perguntamo-nos sobre os encontros e desencontros entre experiência e técnica e sobre como elas se apresentam nos espaços de formação que pretendemos pesquisar. A colocação benjaminiana sugere que técnica e experiência apontam caminhos opostos, e carrega um certo tom nostálgico em relação à experiência tal como se produzia antes da modernidade. De nosso lado, perguntamo-nos pelas possibilidades de produção de experiências em nosso tempo. E ainda pela diferença entre a formação pensada a partir da produção de experiências ou a partir da aprendizagem de habilidades técnicas.

²⁴ A alusão a “Experiência e Pobreza” de Walter Benjamin é realizada aqui como forma de fomentar a discussão sobre o lugar da técnica na formação dos profissionais de saúde. Neste capítulo, não utilizaremos o termo experiência apenas na acepção benjaminiana. Buscaremos, inclusive nos usos correntes do termo, elementos que possam contribuir para nossa problematização.

Experiência é definida, no Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, como a aquisição de conhecimentos obtida através dos sentidos. Em uma de suas dimensões, se refere à aquisição de um conhecimento abrangente, não organizado, ou sabedoria, adquirida de maneira espontânea durante a vida. Em outra, diz respeito a um conhecimento específico ou de perícia, que, adquirida por meio de aprendizado sistemático, se aprimora com o decorrer do tempo. Experimentar aparece como igual a experimentar, concernente a experimento e relativa ao método científico. (HOUAISS & VILLAR, 2001).

A própria definição do termo abarca, de um lado, algo relativo à dimensão singular: sabedoria adquirida a partir do vivido, assistemática, não organizada; e, de outro, o que é da ordem da aquisição de habilidade técnica ou conhecimento sistemático, e, em alguma medida, generalizável e objetivável. Curiosamente, a própria idéia de habilidade técnica cabe dentro de uma das definições de experiência. Entretanto, em ambas acepções da palavra, esta aparece como o que provém de fora e é incorporado, possibilitando ao sujeito a constituição de um modo de conceber e de operar sobre o mundo. Estamos novamente, a primeira vista, diante de uma bifurcação: de um lado, pensar a experiência como sabedoria que emerge singularmente do vivido; de outro, como o que faz surgir o conhecimento sistematizado, generalizável. Porém, o problema que nos ocupa, pelo menos da forma como o concebemos, insiste em se apresentar para nós para além das bifurcações. E aqui é a idéia de fora, de exterioridade, que parece amarrar essas duas rotas. Mas à que exterioridade nos referimos? Como podemos pensar esse fora que parece intimamente relacionado com a possibilidade da experiência? Ou ainda, que estatuto assume esta exterioridade quando se trata da experiência de formação de profissionais de saúde? Nesse ponto, nossas perguntas nos enviam a uma consideração da temática da alteridade e de suas implicações para a questão da experiência.

Larrosa (2002) nos lembra que a palavra experiência vem do latim *experiri* e designa o encontro com algo que se experimenta, que se prova. O radical *periri* encontraríamos também na palavra perigo, *periculum*. E a raiz indo-européia *per*, estaria relacionada à idéia de travessia e, secundariamente, à de prova. Em grego, encontraríamos o radical *per* em *peirô*, que também se refere a atravessar, *pêra*, que designa mais além, ainda em *peraô*, traduzida por passar através, *peras*, que quer dizer limite e, por fim, em *peiratês*, pirata. A palavra experiência teria ainda o *ex* de exterior, estrangeiro, exílio, estranho, existência. Nesse sentido, poderíamos dizer que a dimensão da alteridade, de algum modo, lhe concerne.

A retomada das possíveis origens da palavra experiência realizada, de forma minuciosa, por Larrosa nos leva inevitavelmente ao texto de Freud ([1919] 2003) *Das unheimlich*, traduzido por *O Sinistro*, escrito durante a Primeira Guerra Mundial. Neste escrito, Freud se interroga sobre uma das qualidades de nosso sentir que, segundo ele, se situaria em uma posição marginal em relação ao que até então teria sido material de reflexão do campo da estética: a sensação de estranhamento. Ao longo do texto, ele se pergunta sobre o que despertaria tal qualidade do sentir. Particularmente, nos interessa articular essa temática à discussão sobre experiência, não apenas porque trata de uma questão concernente à estética, mas também pelo fato de que a saída que Freud encontra para respondê-la leva-o a recorrer à literatura. Freud examina imagens do estranho narradas em produções literárias, principalmente na obra *O Homem da Areia*, de *Sämtliche Werke Hoffmann*. Parece-nos especialmente interessante que Freud tenha buscado material em narrativas ficcionais para pensar o que entraria em cena na sensação de estranhamento. Voltaremos a esse ponto mais adiante. Traremos agora algumas passagens do texto freudiano que nos parecem relevantes para a discussão alteridade/experiência.

Freud começa por definir o estranho como uma qualidade do sentir que é uma variedade do terrorífico e dentro da qual o sujeito se desorienta. Em seguida, observa o fato de muitas línguas carecerem de uma palavra para designar esse matiz do terrorífico, o que poderíamos pensar como uma certa dificuldade de transpor para o registro da palavra o que é da ordem dessa qualidade de sensação. Tratar-se-ia então de um vivido que resiste à apreensão pela linguagem. Freud segue retomando um dos autores que se dedicou a abordar tal tema, o qual relaciona o estranho à emergência do novo, lembrando que este pode tornar-se facilmente terrorífico. E avança, ao examinar os possíveis significados de *heimlich*, oposto de estranho na língua alemã. Temos aí um ponto alto do texto, no qual Freud observa que o termo *heimlich* se desdobra em muitos sentidos até coincidir com um dos significados de *unheimlich*. *Heimlich* designaria íntimo, familiar, mas também clandestino, que se mantém oculto, ou ainda algo subtraído do conhecimento. E *unheimlich* pode significar – além de estranho, sinistro, terrorífico – tudo o que estando destinado a estar oculto, escondido, veio à luz. Nesse momento, Freud constrói a hipótese de que *unheimlich* seria uma variedade de *heimlich*, ou melhor, que o estranho é uma nuance do íntimo, e que o *un* seria a marca do recalçamento.

Essa proposição lhe permite construir uma leitura bastante original acerca da subjetividade: na intimidade, há algo de uma estranha exterioridade, uma *extimidade*

(LACAN, [1959-60] 1997). Desde então o sujeito só pode ser pensado como atravessado pela alteridade. Na sensação do estranho haveria uma suspensão disso que separa, que faz limite entre o íntimo e o estranho, o sujeito e o Outro. Como se, por um movimento de torção, o dentro e o fora estivessem em continuidade. O que nos interessa sublinhar nas tramas do pensamento freudiano é o ponto em que ele enuncia que aquilo que faria limite entre interior e exterior seria sempre uma construção incerta e cambiante. Uma das conseqüências dessa enunciação é a posta em xeque das lógicas binárias interioridade/exterioridade, pensamento/experiência, eu/realidade empírica, que conferem a estes elementos uma natureza substancializada.

Para Lacan (ibid.), Freud produz uma reviravolta ética, ao conceber o sujeito como atravessado pela alteridade, habitante de um mundo *unheimlich*, em que o eu não pode mais ser concebido como interioridade pensante que opera sobre o externo como senhor de sua vontade. O sujeito, desde então, não é idêntico a si mesmo, mas se presentifica num intervalo, pulsando nesse limite dentro-fora. É nesse lugar limítrofe, excêntrico, não substancial, que o sujeito *ex-sistiria* (LACAN, [1964] 1998) e, desde aí que poderia produzir uma experiência. Esta, longe de ser o que acontece num exterior e é introduzido no interior do sujeito, é aquilo pelo qual se produziria um redefinir constante de contornos. O aparecimento de um novo contorno se faria pela passagem do vivido à linguagem, de forma que o experimentar estaria relacionado à realização dessa passagem. Nesse sentido, construir uma narrativa sobre a vivência apareceria como possibilidade de produção de uma experiência.

Algumas conseqüências decorrem dessa proposição. Se o que desenha o contorno sujeito/Outro não está presente, estamos diante de um sujeito completamente jogado no campo do estranho. Tudo no mundo lhe diz respeito e, paradoxalmente, ele não pode reconhecer-se em absolutamente nada do que faz. Todas as coisas vêm de fora e não há apropriação possível. No conto de Hoffmann, trabalhado por Freud, o personagem Natanael encontra-se jogado nessa dimensão aniquilante da vivência do estranho. Entretanto, se, por outro lado, não há lugar para o estranhamento – o que pode ser observado no discurso da ciência, em que tudo pode ser reconhecido e passível de explicação – também não há experiência possível. A região em que tudo é estranho é vizinha daquela onde nada de estranho pode emergir, na medida em que ambas colocam em cena o princípio aniquilante da totalidade.

Queremos aqui apontar para uma certa tomada da técnica pela ciência que, ao colocar o conhecimento no lugar da verdade absoluta, funciona como barreira à alteridade. E, como

efeito disso, temos o que Sousa (2000, p. 59) denominou “fixidez narcísica que não se cansa de indicar ao sujeito o seu lugar de uma forma unívoca”. Agamben (2003), na mesma direção coloca que o método científico teria deslocado a experiência para o mais fora possível do homem: os instrumentos, os números. A busca da certeza teria produzido o ideal da experiência autêntica como a construção de um caminho certo, metódico, controlado, em direção ao conhecimento. Um caminho que, ao excluir sensibilidade e fantasia, acaba por desconsiderar uma das dimensões da experiência: a singularidade. A autoridade, em nossos dias, estaria então baseada nesse conhecimento absoluto, abstrato e desconectado do sujeito. Para o autor, “o que caracteriza o tempo presente é que toda autoridade se fundamenta no inexperienciável e ninguém poderia aceitar como válida uma autoridade cujo único título de legitimação fosse uma experiência” (AGAMBEN, 2003, p. 9-10).

Em relação ao nosso tema, podemos pensar que diante de tecnologias de atenção em saúde, que se sustentam em prescrições generalizantes e princípios normativos, desvinculadas do sujeito que as opera, resta ao profissional a posição de reprodutor de uma ação. Nessa perspectiva, não seria apenas a pessoa atendida que estaria em lugar de objeto, mas também o próprio profissional, na medida em que, referenciado a um conhecimento absoluto, ou seja, a uma alteridade que em nada lhe diz respeito, não teria possibilidade de reconhecer-se naquilo que faz. Aqui a interrogação benjaminiana faz muito sentido: qual o valor de todo nosso patrimônio cultural, se a experiência não mais o vincula a nós?

Começamos assim a delinear uma possível resposta à pergunta que nos colocamos no início deste capítulo sobre a natureza do fora que constitui uma experiência. Se a exterioridade é pensada como a realidade empírica e o sujeito da ação como interioridade psíquica, estamos ali onde a racionalidade aprisiona a potência de uma experiência. Isto, na medida em que conferir transcendência a uma realidade, independentemente de quem a experimenta, reduz a experiência ao experimento. Uma ação em saúde, que se sustente nesse chão, cria um espaço onde não há lugar para o sujeito, a não ser como objeto. Retorna aqui a questão discutida no primeiro capítulo: o ideal científico de edificação de um sujeito plenamente governável.

No entanto, por outro lado, se entendemos o fora relativo à experiência como sendo, em alguma medida, a exterioridade íntima a que se referiu Freud em *Das unheimlich*, desenhamos uma zona onde há lugar para o desconhecido, o não sabido, o incalculável. Espaço em que há uma região estrangeira a atravessar (*peirô*). Travessia que implica, em alguma medida, desorientação, estranhamento e leva a um mais além (*pêra*) que suspende e

presentifica um limite (*peras*), retrazendo um contorno. Nessa perspectiva, uma experiência não se faria sem algum perigo (*periri – periculum*), na medida em que será preciso encontrar-se com o novo, apropriando-se de uma parte dele, para que o caminho não se torne terrorífico. Trata-se da dimensão produtiva do encontro com a alteridade, quando se é afetado pelo estranho e um movimento de apropriação se produz.

Desse modo, a dimensão de apropriação seria condição da produção de uma experiência. Experimentar teria a ver encontrar um sentido para o que atravessamos e nos atravessa. Agamben propõe pensar a experiência não como o que tem seu correlato necessário no conhecimento, mas sim na autoridade produzida pela palavra e pelo relato. Para Ana Costa (2001) é também da experiência que a autoridade surge. A experiência comportaria então uma dimensão de ignorância – pois o sujeito desconhece a alteridade que o atravessa – e outra de produção – já que ele se apropria de uma parte desse desconhecido para produzir algo próprio. Nas palavras da autora, “o conhecimento pode permanecer como uma representação exterior à experiência”, enquanto que no saber se trataria de “uma apropriação da representação pela experiência (apropriação que sempre traz uma medida de criação)” (COSTA, 2001, p.48). Assim, para que o sujeito se reconheça em sua ação e se autorize a produzir algo próprio, reinventando saberes e práticas, algo de uma experiência no sentido que acabamos de colocar precisaria se produzir.

2.2 DE COMO O OUTRO SE REGISTRA

2.2.1 Um encontro paradigmático

Para desdobrar a temática da experiência, tomaremos a questão da alteridade a partir da obra de Tzvetan Todorov, *A Conquista da América: a questão do outro*, que trata dos cem anos que se seguem à viagem de Colombo às Índias e à chegada à América (séc. XVI). Desde que situamos as condições de uma experiência, a problemática de como se faz o registro da alteridade entrou na ordem do dia. E na medida em que nosso campo de pesquisa também se apresentou, em algum momento, como “terra a vista”, a análise de Todorov nos será cara não apenas para pensar sobre o modo como os residentes fazem das vivências de trabalho

experiências de formação, mas também para refletir sobre o tratamento de nossos próprios achados de pesquisa. Assim, de nossa parte, interessa trabalhar a questão do registro do outro, de como se dá a passagem do estranho para o campo do sentido. É, nesse intuito, que trazemos as construções de Todorov sobre o que ele chamou de um encontro “extremo e paradigmático” (TODOROV, 2003, p. 7): o encontro dos espanhóis com o mundo desconhecido dos índios e terras americanos. Na visão do autor, a conquista da América teria sido fundadora de nossa identidade de hoje, na medida em que os homens teriam descoberto a suposta totalidade de que fariam parte.

Duas razões fundamentaram a escolha deste tema como primeiro passo no mundo da descoberta do outro. Em primeiro lugar, a descoberta da América, ou melhor, a dos americanos, é sem dúvida o encontro mais surpreendente da nossa história. Na “descoberta” dos outros continentes e dos outros homens não existe, realmente, este sentimento radical de estranheza.[...] Deles (os índios americanos) nada se sabe, ainda que, sejam projetadas sobre os seres recentemente descobertos imagens e idéias relacionadas a outras populações distantes. O encontro nunca mais atingirá tal intensidade (ibid, p. 5).

Logo no início de sua análise, Todorov sugere que as viagens de Colombo estiveram subordinadas aos relatos de viagem, afirmando que tais registros teriam sido “o ponto de partida e o ponto de chegada das viagens” (ibid, p. 17). É então que a partir da leitura dos relatos – escritos de Colombo e de outros conquistadores – o autor propõe uma tipologia dos modos de relação à alteridade, situando três eixos, nos quais a questão do outro poderia ser pensada. Um primeiro diria respeito ao julgamento de valor (ou plano axiológico) – bom ou mal, rebelde ou dócil, gosto ou não gosto dele –; um segundo, se relacionaria com a questão da ação em direção ao outro (ou plano praxiológico) – adotar ou não os valores do outro, identificar-se ou não ao outro, ou ainda, posicionar-se com indiferença –; e, por último, haveria um plano epistêmico, que teria a ver com os graus de conhecimento do outro. Assim, numa relação à alteridade estariam sempre presentes os elementos da valoração, da ação e do conhecimento. A tomada desses três planos como possibilidade de pensar o registro do outro nos pareceu especialmente interessante. Principalmente, por ter se construído a partir da leitura de narrativas, de relatos de experiência. Nesse sentido, pensamos que se trata em Todorov de uma análise que recai sobre a dimensão da nomeação do outro e de como essa apropriação acontece. Sigamos um pouco mais com *A Conquista da América* para voltarmos a isso adiante.

Segundo Todorov, haveria, em Colombo, distintas posições na relação ao outro. Algumas mais características de seu modo de observação da natureza e outras de sua atitude

em relação aos índios. O que haveria de comum entre ambos seria a ausência de um desejo de conhecer e a presença de uma espécie de apreciação do outro onde o que interessava era a confirmação de teses estabelecidas *a priori*. Em relação à natureza, haveria desde uma interpretação pragmática, relativa aos assuntos da navegação, passando por uma interpretação finalista, em que os sinais eram lidos a partir do que se queria encontrar, até uma contemplação intransitiva das belezas naturais, marcada pela recusa da interpretação. Por outro lado, diante da língua estrangeira, Todorov observou, em Colombo, dois posicionamentos: “reconhecer que é uma língua, e recusar-se a aceitar que seja diferente, ou então reconhecer a diferença e recusar-se a admitir que seja uma língua” (ibid, p. 42). Estas duas variantes da relação de Colombo com a língua do outro teriam se mantido presentes até o século seguinte nas relações colonizador/colonizado.

Ou ele pensa que os índios (apesar de não utilizar esses termos) são seres completamente humanos com os mesmos direitos que ele, e aí considera-os não somente iguais, mas idênticos, e esse comportamento desemboca no assimilacionismo, na projeção de seus próprios valores sobre os outros, ou então parte da diferença, que é imediatamente traduzida em termos de superioridade e inferioridade (no caso, obviamente, são os índios os inferiores): recusa a existência de uma substância humana realmente outra, que possa não ser meramente um estado imperfeito de si mesmo. (ibid, p.58).

Se, em Colombo, haveria a prevalência de um assimilacionismo ingênuo do outro, nos colonizadores posteriores, apesar da manutenção do par igualdade/desigualdade, poder-se-ia identificar algumas nuances. Com Cortez, chefe de uma das expedições espanholas ao México, ter-se-ia produzido uma novidade no que até então era a atitude corrente dos europeus frente aos americanos. O que lhe interessava, primeiramente, na chegada a terras estranhas não era o ouro, mas a busca de informações sobre o povo do lugar. Cortez buscava *conhecer* para *conquistar* e teria sido autor de um gesto paradigmático da relação ao outro pela procura de um intérprete entre os índios. “A conquista à informação leva à conquista do reino” (ibid, p. 149). É assim que, o conquistador teria se utilizado do conhecimento (plano epistêmico) dos mitos indígenas em favor de seus objetivos (plano praxiológico), fazendo-se passar por um dos deuses dos astecas.

Quetzalcoatl é uma personagem simultaneamente histórica (um chefe de Estado) e legendária (uma divindade). Em um dado momento, é obrigado a deixar seu reino e partir para o leste (o Atlântico); desaparece, mas segundo algumas versões do mito promete (ou ameaça) voltar um dia para recuperar o que é seu (ibid, p. 170). [...] A diferença radical entre espanhóis e índios, e a relativa ignorância de outras civilizações por parte dos astecas levaram à idéia de que os espanhóis eram deuses. Mas quais deuses? É aí que Cortez deve ter fornecido o elo que faltava, estabelecendo a relação com o mito, um tanto marginal, mas totalmente pertencente à “linguagem do outro”, da volta de Quetzalcoatl (ibid, p.171).

Se, com Colombo, o outro era reduzido ao estatuto do objeto, em Cortez não prevalece esse ponto de vista, mas, segundo Todorov, “nem por isso os índios tornam-se sujeitos, no sentido pleno, isto é, sujeitos comparáveis ao *eu* que os concebe” (ibid, p. 187). *Conhecer o universo do outro* estava a serviço da ocupação de territórios.

Outra possibilidade de relação à alteridade aparece na análise dos escritos do colonizador e evangelizador Las Casas, que teria produzido uma apreensão do outro, eminentemente, axiológica, pela reedição do mito do “bom selvagem” de Colombo. Ele descreveu os índios como, naturalmente, meigos, tranqüilos e bons, assim como desapegados do mundo material. Tais nomeações afirmavam estados psicológicos, mas nunca algum aspecto cultural ou social que pudesse evidenciar diferenças. Os estados psicológicos teriam sido identificados aos valores cristãos: “se essa gente é indiferente à riqueza, é porque tem uma moral cristã” (ibid, p. 240). Nesse sentido, Las Casas teria conhecido os índios menos do que Cortes, embora tivesse gostado mais deles. O que se poderia apreender de seus relatos seria então efeito do *amar*, que se fez, inicialmente, a partir do “preconceito da igualdade”. Nesse preconceito, se trataria, justamente, da identificação do outro a um “ideal do eu” (idem).

Nesse ponto, a análise de Todorov nos leva a uma reflexão sobre os impasses da relação ao outro que vivenciamos em nosso campo de pesquisa. Estar presente, como pesquisadora, nos lugares de formação dos residentes, não raras vezes, nos colocou perguntas sobre como agir, como interpretar e, principalmente, como escapar do lugar de juiz do outro, pela valoração de suas condutas. É preciso lembrar que adentramos tais espaços levando conosco uma construção *apriori*. Buscávamos encontrar formas inventivas de atenção ao sofrimento subjetivo, que escapassem aos modelos normativos em que o saber está todo do lado do especialista. Nesse sentido, como não valorar de forma negativa o fazer do outro, à medida que encontrássemos exatamente aquilo que não gostaríamos de ver? Ou ainda, como não idealizar os modos de trabalhar que se parecessem com aqueles que desejaríamos encontrar? Relendo nossos escritos no diário de campo, deparamo-nos com uma pergunta muito freqüente: de que forma escapar do perigo de ficar categorizando modos adequados e inadequados de trabalhar em saúde sem cair num relativismo absoluto onde todo ato é equivalente?

Todorov nos disse que Colombo, ao ser indiferente à língua do outro, acabou por produzir um assimilacionismo ingênuo da alteridade. De nossa parte, também nos encontramos com as línguas do outro e nosso desafio era mantê-las, em alguma medida, na

alteridade. Lançando um olhar talvez reducionista sobre o campo da atenção básica, pelo qual passamos na pesquisa, diríamos que a língua mais falada era a da promoção de cuidados primários em saúde, com ênfase na participação da comunidade no processo. Dessa língua, pouco ou nada conhecíamos, o que fazia com que fosse mais fácil manter o trabalho produzido ali num lugar de alteridade, fonte de perguntas. No campo da saúde mental, isso se fazia mais difícil. À primeira vista, ele nos pareceu bilíngüe: havia o discurso da psiquiatria psicodinâmica, bem como o discurso da Reforma Psiquiátrica e da promoção da cidadania. Estes nos eram menos estrangeiros e víamos em ambos um certo risco de apagamento da singularidade da pessoa atendida²⁵. Se seguissemos privilegiando a escuta desse bilingüismo, não produziríamos mais que uma categorização *a priori*, fazendo o sentido chegar antes da vivência e da pergunta. Como saída para esse impasse, optamos por tentar suspender esse olhar que partia do mesmo em direção ao outro, buscando atentar para nossas perguntas, mais do que para as constatações. Tentamos escutar as línguas periféricas, as significações estrangeiras, os discursos e cenas de difícil apreensão. Ou ainda, as línguas dentro da língua, a estrangeirice na domesticidade. Desse modo, buscávamos também escapar do perigo da igualdade, que se fazia presente sempre que testemunhávamos uma experiência que se assemelhava à nossa. Para Todorov, o postulado da igualdade acarretaria um conhecimento do outro ainda menor que o da inferioridade, onde algo de uma diferença se coloca.

Nas relações colonizador/colonizado observadas nos textos de Sahagún²⁶, por exemplo, teria prevalecido a figura do outro como inferior. Os ritos, a idolatria, os sacrifícios humanos, as superstições eram considerados prova dessa inferioridade. No entanto, em seu estilo de escrita, ele teria inovado, fazendo aparecer no texto narrativas e desenhos dos índios (seus informantes). Porém, tais registros se fizeram em espanhol. É então que Todorov nos alerta que, ao tentar fazer a voz dos índios aparecer no escrito, Sahagún não teria realizado se não a tradução de uma alteridade intraduzível. Contudo, sua obra teria sido produto da interação entre duas vozes, duas culturas, dois pontos de vista. E embora não pareça nada interessante a tradução da diferença como inferioridade, Todorov sublinha a presença, nestas formas de relatar, de uma tentativa de apreender e transmitir algo do universo estranho e desconhecido do outro. Nesse momento, a análise aponta para a questão da transmissão – questão central no que diz respeito à reflexão acerca das formas de apresentar os achados de

²⁵ A questão relativa aos riscos de apagamento da singularidade da pessoa atendida foi trabalhada no primeiro capítulo. Não voltaremos a ela nesse momento, mas sim nos terceiro e quarto capítulos, quando entrarão em debate os temas da ética, da promoção do “bem” e da produção de atos terapêuticos.

²⁶ Espanhol franciscano que permaneceu no México de 1529 a 1590 e escreveu sobre a religião dos índios.

uma pesquisa. De um vasto campo de vivências, o que incluir e o que deixar fora? Incluir de que forma? Como fazer as vozes e a língua do outro aparecerem no texto? Estas são apenas algumas perguntas que nos ocorrem nesse momento em que se trata de fazer do vivido um texto.

No fim das contas, *A conquista da América – a questão do outro* nos apresenta um vasto campo de reflexão ética na história e na cultura, no qual tentamos buscar elementos para pensar a relação experiência/alteridade na formação em saúde e em nosso próprio modo de relação com o campo de pesquisa. A conquista da América foi tomada por Todorov como uma espécie de mito de origem da descoberta do outro. *Descobrir, conquistar, amar, conhecer* teriam sido possíveis nomes desse trajeto, que atravessou o oceano em direção ao outro, e que, paradoxalmente, em muitos momentos, acabou por produzir um apagamento ou uma desapropriação de suas insígnias. **Com relação às questões de pesquisa, a leitura de Todorov nos leva a perguntar pelos modos de relação à alteridade produzidos nos espaços de formação dos profissionais de saúde, pelas formas de registro do outro nesse campo e pelos nomes dos trajetos em direção ao desconhecido que nele se fazem.** Quanto à nossa relação com o campo, continuamos com questões, as quais buscaremos trabalhar a seguir.

2.2.2 Do encontro como método

Lancei-me no campo de pesquisa, espaços de trabalho em saúde que acolhem os profissionais em formação, pensando minha entrada nele como sendo também da ordem de uma experiência. Desde essa perspectiva, uma questão insistia: como produzir um conhecimento acerca do encontro com o outro sem apagar seu lugar de alteridade? De que forma dar lugar à língua estrangeira no texto sem realizar a tradução de uma alteridade intraduzível (TODOROV, 2003)? Como dizer do outro sem assumir uma postura moral? E ainda, de outra parte, de que modo escapar do perigo de se omitir à análise, pelo temor de uma possível violação do universo do outro?

Derrida (2003), em seu trabalho sobre a *hospitalidade*, nos forneceu algumas possibilidades de encaminhamento para isso que não cessava de nos interrogar. O autor constrói sua reflexão, a partir da questão do estrangeiro: de como dar guarida ao estrangeiro, ou ainda, de como esse estranho visitante pede morada. O estrangeiro seria “aquele que

ameaça o dogmatismo do *logos*” (DERRIDA, 2003, p. 6), que põe em cena “a guerra interna ao *logos*” (ibid, p. 9). “Como se o estrangeiro fosse, primeiramente, *aquele que* coloca a questão” e, ao mesmo tempo, “*aquele a quem* se endereça a primeira questão” (ibid, p. 5). A hospitalidade é pensada então a partir de duas perspectivas indissociáveis e inconciliáveis: numa estariam em jogo leis da hospitalidade e, na outra, uma hospitalidade absoluta.

Na primeira, haveria um pacto, onde a hospitalidade seria oferecida ao estrangeiro, que se apresenta pelo nome. “Um nome próprio não é nunca puramente individual” (ibid, p. 23) e, desse modo, a condição da hospitalidade seria a de que o estrangeiro não chegasse anônimo, mas se apresentasse a partir de sua origem. Somente assim ele teria direito à hospitalidade. Não existiria estrangeiro fora desse pacto, contrato ou aliança coletiva. Por outro lado, a hospitalidade absoluta, romperia com o direito ou dever de guarida. A diferença entre o estrangeiro e o outro absoluto estaria no fato de que, enquanto o primeiro é alguém que, para ser recebido, começa-se por perguntar seu nome, sua identidade; o último seria aquele que não pode ter um nome.

A hospitalidade absoluta exige que eu abra minha casa e não apenas ofereça ao estrangeiro (provido de um nome de família, de um estatuto social de estrangeiro, etc.), mas ao outro absoluto, desconhecido, anônimo, que eu lhe *ceda lugar*, que eu o deixe vir, que o deixe chegar, e ter um lugar no lugar que ofereço a ele, sem exigir dele nem reciprocidade (a entrada num pacto), nem mesmo seu nome. A lei da hospitalidade absoluta manda romper com a hospitalidade de direito, com a lei ou a justiça como direito. A hospitalidade justa rompe com a hospitalidade de direito; não que ela a condene ou se lhe oponha, mas pode, ao contrário, colocá-la e mantê-la num movimento incessante de progresso; mas também lhe é tão estranhamente heterogênea [...], no entanto, está tão próxima (na verdade, indissociável) (DERRIDA, 2003, p. 25).

Ao se perguntar sobre as condições da hospitalidade, Derrida aponta os problemas que a noção jurídica coloca. “A hospitalidade não se institui por dever”, nos diz (ibid, p. 73). É assim que ele irá “opor Édipo em Colono à figura do estrangeiro” (ibid, p. 31). Édipo chega em Colono²⁷ (parricida, cego, carregado pela filha Antígona – fruto de uma união incestuosa),

²⁷ “Édipo em Colono” é a segunda parte da Trilogia Tebana escrita por Sófocles. Dela também fazem parte Édipo Rei (primeira parte da trilogia) e Antígona (terceira e última parte). Édipo Rei é, certamente, a tragédia mais conhecida de Sófocles. Contaremos então, de forma breve, a história de Édipo em Colono já que a construção de Derrida (2003) sobre a *hospitalidade* evoca, em muitos momentos, trechos dessa obra. A peça começa com Édipo e sua filha Antígona saindo de Tebas em direção a Atenas, após Édipo ter furado os próprios olhos em razão da descoberta de que desposou a mãe (Jocasta) e matou o próprio pai (Laio). O enredo da peça – que tem como cenário, na maioria do tempo, a fronteira entre Tebas e Atenas – coloca em evidência o sofrimento de Édipo e sua decisão de manter-se longe de Tebas. Creonte, seu sucessor no trono, busca convencê-lo a voltar à cidade em que reinou. Édipo nega-se e pede a proteção de Teseu – rei de Atenas – para que ninguém o conduza de volta a Tebas. Teseu acolhe seu pedido. Nessa caminhada errante até Atenas, Édipo encontra também Polínices, um de seus filhos, que lhe pede apoio na luta contra o irmão Etéocles pelo governo de Tebas. Ao que Édipo responde lançando sobre os filhos uma maldição: “Tebas. Ouve bem: jamais poderás conquistá-la; antes

depois de uma caminhada errante. Ele pede um lugar sem poder dizer de sua origem. Estranha experiência da hospitalidade em que Édipo solicita a Teseu uma última morada (a sepultura) e pede segredo absoluto sobre ela:

Suplico-te pela hospitalidade [...] O lugar onde devo morrer, levar-te-ei ali eu mesmo sem que qualquer guia me tenha pela mão. [...] Mas tu, não o indiques tu a nenhum outro, não reveles nem onde se esconde, nem o lugar onde se encontra, se queres que um dia eu te valha uma ajuda igual a mil escudos, a uma armada de reforço mandada por um país vizinho.

Édipo, estrangeiro que se dirige ao estrangeiro, é antes a encarnação da alteridade absoluta que pede morada incondicional, sem insígnias, sem nomes, sem marca. Ao mesmo tempo que é hóspede, Édipo guia seu anfitrião Teseu (“levar-te-ei ali eu mesmo sem que qualquer guia me tenha pela mão”), que nesse estranho encontro não é mais tão senhor de suas terras. É assim que Derrida, valendo-se da polissemia da palavra (*hôte*), que em francês significa, ao mesmo tempo, hóspede e anfitrião, de forma instigante, dialoga com o *unheimlich* freudiano (cf. 2.1), na medida que ambos falam da chegada do estranho na morada do sujeito. E de que nessa chegada o dono da casa não mantém sua soberania. As fronteiras entre lar e terra estrangeira se esmaecem para em seguida encontrarem um modo de se refazer. Édipo inscreverá no país do outro o não lugar, o fora de lugar que, enquanto resguardado, garantirá as fronteiras, sustentando a possibilidade de existência da cidade (“se queres que um dia eu te valha uma ajuda igual a mil escudos”). Atenas estará protegida se Teseu mantiver o lugar do enigma.

Durante toda sua construção, Derrida tensiona hospitalidade de direito e hospitalidade absoluta, fazendo o leitor crer, em alguns momentos, que ele elege uma em detrimento da outra, para, logo a seguir, dar lugar a ambas, sustentando sua confrontação.

A hospitalidade consiste em interrogar quem chega? Ela começa pela questão endereçada a quem vem

morrerás sangrentamente e teu irmão cairá contigo” (a cena de combate entre Etéocles e Polínicos, antecipada pelas palavras de Édipo, abre a terceira parte da trilogia tebana – Antígona). Édipo pede, por fim, a Teseu que lhe conceda um lugar em suas terras para morrer sozinho e se despede de suas filhas Ismene e Antígona. Pede ainda que o rei não revele a ninguém o sítio de sua sepultura, nem faça nela qualquer marca que a identifique. A peça termina com Antígona e Ismene tentando descobrir o local em que jaz o pai e sendo barradas por Teseu. Vale a pena reproduzirmos os diálogos finais entre Antígona e Teseu: “Antígona – Ele morreu em solo estranho de acordo com sua própria vontade. Seu leito está oculto para sempre e ao nosso luto não faltarão lágrimas. (...) Teseu – O próprio Édipo deu-me a incumbência de não deixar qualquer mortal chegar às vizinhanças daquele lugar e de impedir que até com sua voz alguém pudesse perturbar a paz do túmulo sagrado onde ele jaz; terei, se respeitar a sua ordem, uma Pátria livre de provações. Dessas promessas foram testemunhas o nosso deus e o próprio Juramento, filho do grande Zeus que ouve tudo”. Tradução de Mário da Gama Kury, *A trilogia tebana*, de Sófocles, Jorge Zahar, 6 ed. 1997.

[...]: como te chamas? [...] Ou será que a hospitalidade começa pela acolhida inquestionável, num duplo apagamento, o apagamento da questão *e* do nome? É mais justo e mais amável perguntar ou não perguntar? chamar pelo nome ou sem o nome? dar ou aprender um nome já dado? Oferece-se hospitalidade a um sujeito? a um sujeito identificável pelo nome? a um sujeito de direito? Ou a hospitalidade se *torna*, se *dá* ao outro antes que ele se identifique, antes mesmo que ele esteja (posto ou suposto como tal) sujeito, sujeito de direito e sujeito nominável por seu nome de família, etc.? (ibid, p. 27).

Desse modo, a *hospitalidade* falaria dessa morada como um lugar partilhado (que acolhe o estrangeiro na pergunta por seu nome), e, por horas, não compartilhável (que dá lugar à alteridade inominável). Assim, o problema da *hospitalidade*, nos remeteria a questão da ética e da linguagem. A linguagem seria a própria *hospitalidade*, na medida em que colocaria em cena a dimensão hóspede-anfitrião (DERRIDA, 2003) ou estranho-familiar (FREUD, [1919] 2003) presente no encontro com o outro. A linguagem seria desde sempre língua do Outro, língua estrangeira. Por outro lado, a hospitalidade absoluta, em que o sujeito não teria perguntas a colocar-se sobre o nome do outro, seria, em alguma medida, a suspensão da linguagem. Desse modo, dar lugar ao outro implicaria uma tomada da hospitalidade na suas duas dimensões. Seria preciso permitir a existência de lugares para a inutilidade das palavras, assim como lugares de pergunta e de convite. Haveria aí um jogo entre nomear e deixar de nomear, perguntar e deixar de perguntar, falar e calar. Mas como poderíamos pensar a questão da hospitalidade em relação ao trabalho de pesquisa?

Em *O pesquisador e seu outro*, Amorim (2004) busca discutir as modalidades de relação à alteridade na produção do saber e no texto da pesquisa. Para a autora, é em torno da questão da alteridade que se tece o trabalho do pesquisador. O outro seria, ao mesmo tempo, aquele que se quer encontrar e aquele cuja impossibilidade do encontro cria as próprias condições de construção de uma pesquisa. “Todo o objeto de pesquisa é um objeto construído e não imediatamente dado, o que já implica um trabalho de negociação com os graus de alteridade” (ibid, p. 29). Esta questão é apresentada pela autora, inicialmente, a partir dos filmes do cineasta iraniano Kiarostami, os quais ela nomeia de “*quase-documentários*”.

O nome chama atenção pela marca de incompletude que porta. O “*quase*” anuncia um modo de relação com aquilo que se produz, seja num filme ou noutra produção, que fala de uma relação não-toda com a verdade. Um documentário por vezes se propõe a apresentar os fatos, o que remete à existência de uma verdade originária a partir da qual se produzem interpretações. Um *quase-documentário* talvez possa ser pensado como uma versão de uma *quase* verdade originária. Seria uma verdade sobre a origem se a palavra pudesse dizer tudo sobre o vivido. Seria uma verdade originária se não fosse ficção de origem, já que *no começo*

era o verbo: seja ele *descobrir, conquistar, amar, conhecer*. É então na produção dessa nomeação que Amorim acolhe a obra de Kiarostami e nos incita a tomá-la em consideração.

Um de seus filmes, *O gosto da cereja*, conta a história de um homem que busca incansavelmente alguém que se proponha a enterrá-lo após seu possível suicídio em troca de uma boa quantia em dinheiro. Possível, já que o pedido é de que, na manhã seguinte ao acordo feito, o contratado vá até o local combinado e verifique se o contratante está morto, chamando seu nome três vezes. O contrato prevê que, no caso de uma não resposta, o contratado cubra o morto com terra, dando-lhe sepultura. O desenrolar do filme põe em cena diferentes modos de recebimento desse estranho pedido de *hospitalidade*. Vários personagens (alguns bastante assustados) se negam à tarefa, até que um a acolhe. Porém, o que aceita não se furta à tentativa de fazer o suicida desistir da idéia, esforçando-se por convencê-lo a viver. Sem fugir do estranho encontro, como fizeram os demais, e, tomando o pedido como enigma, ele dirige ao homem uma pergunta: *você vai renunciar ao gosto da cereja?*

O que o filme encena é o encontro com o outro, a chegada de um estrangeiro, e o que daí poderia emergir. A pergunta sobre *o gosto da cereja* não é exatamente um pergunta pela identidade do outro, como o que poderia sustentar a possibilidade de uma acolhida. Também não se trata de uma acolhida incondicional, sem perguntas, sem nomes, sem contrato. A menção ao *gosto da cereja* recoloca o enigma para o suicida. Há um fluxo – um vai-e-vem – em relação ao lugar da pergunta. Ela não é propriedade nem de um, nem de outro personagem, mas está entre eles, nesse fluxo, nesse encontro. E, no fim das contas, é o espectador que fica com ela: *você vai renunciar ao gosto da cereja?*

Na mesma direção, o livro de Carlos Heitor Cony *Quase memória – quase romance* (1996), conta a história de um homem que recebe um estranho pacote, uma curiosa encomenda, sem remetente. Aos poucos aquele objeto estranho, fora de lugar, vai se tornando familiar. O papel utilizado, a forma de enrolá-lo, a corda usada, o nó: todas marcas estranhamente familiares. Até que o homem reconhece o pacote como sendo de seu pai já falecido. A partir das insígnias do pai, encontradas na encomenda, o personagem constrói suas memórias, suas lembranças: uma história de vida que o reposiciona frente à existência. A acolhida da encomenda como enigma diz de um encontro-pergunta, que não se resolve, nem para o leitor (que termina sua leitura sem saber o que havia dentro do pacote), mas que produz suas conseqüências. Lembrando Lacan ([1956] 1988), quando ele diz que *uma carta sempre chega ao seu destino*, talvez possamos dizer que a possibilidade de uma produção está em acolher a carta, a encomenda, o pedido, que chega do outro, e torná-lo, em alguma medida,

um enigma próprio. Seria esse o destino do outro.

Para Amorim (2004), o que Kiarostami filma é sempre o encontro com o outro (o que poderíamos dizer também da escrita de Cony). Um encontro que “nada tem de fácil ou idealizado” (ibid, p 24), na medida em que o outro é sempre “posto como enigma” (idem). Desse modo, a referência ao *quase*, em ambas as produções, não estaria aí para marcar nenhuma insuficiência que suponha a possibilidade de alcance do originário, mas para indicar justamente a impossibilidade de se estabelecer uma relação justa com a realidade. O *quase* viria então marcar o lugar do outro como enigma e indicar que a verdade desse encontro só poderia ter “estrutura de ficção” (LACAN, [1956] 1988). Sua emergência se faria pela via de uma construção ficcional: *quase memória*, *quase romance*, *quase documentário*. Construção que possibilita a produção do si no Outro e cria as condições para a edição sempre diferente do encontro com a alteridade.

Em seu cinema (o de Kiarostami) o jogo de proximidade com a realidade está sempre presente e seus filmes são uma espécie de quase documentários, freqüentemente baseados em histórias reais, freqüentemente interpretados por artistas amadores que, por sua vez, foram personagens da história real que o cineasta quer contar. Mas tudo está no *quase*: seus filmes não pretendem ser a realidade e isso fica claro pelo modo como mostram diretamente o filme se fazendo: uma câmera que aparece no canto da imagem, uma aparelhagem de som que falha, a filmagem da mesma cena em diferentes perspectivas, etc. Do mesmo modo, os finais são sempre inconclusivos, muitas vezes ambíguos... [...] No final inconclusivo, reaparece a presença do cinema se fazendo. Em *O gosto da cereja*, o despertar do protagonista deixa a pergunta: morte ou sono/sonho? E simultaneamente ao despertar, o personagem vira ator e aparecem as cenas da filmagem. Não se busca a resposta na história real, e sim decide-se a hora de terminar o relato da história (AMORIM, 2004, P. 23-24).

Nesse sentido, nos *quase documentário*, *quase memória*, *quase romance*, articulam-se elementos que nos são muito caros para pensar nosso método de pesquisa. Poderíamos dizer que o pesquisador seria alguém que é hóspede e anfitrião (DERRIDA, 2003) num encontro com o outro. Na condição de anfitrião, ele o acolhe, em sua língua estrangeira, e lhe endereça perguntas. Na condição de hóspede, pede acolhida, deixando-se afetar pelas perguntas a ele endereçadas. Dessa posição limítrofe, hóspede-anfitrião, um pesquisador dá vida ao objeto de pesquisa nomeando-o, mas também o faz viver curvando-se ao que nele resiste à significação. É então que se é preciso nomear, pois “não se dá vida ao outro deixando-o intacto” (TODOROV, 2003, p. 365), também o outro não terá lugar sem que se reconheça os limites dessa nomeação. O *quase* estaria aí, ainda e mais uma vez, para nos lembrar disso.

Existe um olhar que parte da mesmidade. Outro que se inicia no outro, na expressividade do seu rosto. Talvez essa distinção seja uma forma para poder olhar entre aquelas representações, aquelas imagens que tomam como ponto de partida e como ponto de chegada o eu mesmo, o mesmo – o sumidoro, o refúgio do próprio corpo e do mesmo olhar –, e aquelas que começam no outro e se submetem a seu mistério, seu distanciamento, sua rebeldia, sua expressividade, sua irredutibilidade. Uma imagem do mesmo que tudo alcança, captura, nomeia e torna próprio; outra imagem que retorna e nos interroga, nos comove, nos desnuda, nos deixa sem nomes (SKLIAR, 2003, p. 68-69).

Kiarostami, no filme *O gosto da cereja*, de alguma forma, produz em nós essa qualidade de efeito: ele nos interroga, ao mesmo tempo em que nos deixa sem nomes. Desse modo, pensamos que nos dá pistas de o que poderia ser entrar numa relação ao outro que não o prive de sua alteridade. Seria preciso explicitar desde onde parte o olhar/escuta e o que se dá nesse trajeto daquele que olha/escuta para o que é olhado/escutado. As visibilidades e invisibilidades seriam efeitos conseqüentes dessa trajetória. Uma produção que acolhe o outro daria a ver o movimento que a realiza pelo rastro que ela deixa. A verdade estaria nesse rastro e não no suposto conteúdo encontrado. Pensando nisso, em nossa pesquisa, tentaremos narrar o encontro, pela sua trajetória. Ao falarmos das vivências no campo, buscaremos narrar a pesquisa se fazendo: a alteridade se produzindo e produzindo nosso lugar de fala. E, mais do que dizer dos caminhos que trilhamos na busca por encontrar, tentaremos construir o rastro daquilo que nos encontrou, do que nos chegou como encomenda, como pedido, como pergunta, como enigma. E de como pudemos dar ou não lugar a isso. É, nesse sentido, que propomos o encontro como método. Ou, talvez se pudesse dizer, como um *quase* método.

2.3 NARRANDO UMA EXPERIÊNCIA:

das perguntas que guiaram o percurso pelo campo

Início contando um fragmento do percurso de negociações que precedeu e produziu as condições de minha entrada no campo de pesquisa. Através dessa narrativa, penso que seja possível começar a dizer dos desenhos que delinearão os lugares de nossa experiência. Desenhos que começaram a definir seus contornos, a partir dessas primeiras aproximações aos espaços de formação em serviço, que iniciaram com a apresentação de um projeto por escrito aos coordenadores das ênfases da Residência Integrada em Saúde, recortadas como campo de pesquisa. A idéia inicial era a de realizar uma aproximação aos serviços, que se constituíam

como espaços de formação de residentes, para, posteriormente, propor um projeto mais estruturado de pesquisa, já que meu contato com a residência passava apenas pelo âmbito legislativo. Isto não foi possível, pois para entrar nos serviços de saúde como pesquisadora se fazia necessária a autorização do comitê de ética da instituição.

Em uma das instituições que contatamos – instituição em que efetivamente se realizou a pesquisa – o trâmite para a aprovação do projeto seguia a seguinte rota: antes de ser encaminhado ao comitê de ética, deveria ser aprovado pelas chefias dos serviços, por onde o pesquisador passaria. Se por um lado, essa organização, de certa forma, impediu que fizéssemos uma espécie de ensaio no campo antes da proposição definitiva de um projeto; por outro, ela acabou possibilitando a desejada aproximação inicial aos serviços. Contaremos agora como se deu a negociação da proposta na instituição, buscando pensar os nossos primeiros contatos com o campo atentando para as linhas que condicionaram, constrangeram e possibilitaram, nossos caminhos de pesquisa.

Organizamos então o projeto a ser apresentado, que se constituiu como um roteiro *a priori* de inserção no campo de pesquisa. Esse roteiro teve como bússola as perguntas que nos fizemos acerca da formação em saúde e que já mencionamos nos capítulos anteriores. Para retomar algumas delas:

1. Como as diretrizes que regulamentam a Residência Integrada em Saúde ganham vida, dimensão e forma no cotidiano dos espaços de formação e trabalho em saúde?²⁸
2. Como esses dispositivos multiprofissionais têm afetado os modos de pensar-experimentar o trabalho dos profissionais de saúde? Ou ainda, de que maneira os residentes são afetados pela vivência de trabalho em equipes heterogêneas na atenção aos usuários?
3. Que zonas de tensão e estranhamento se configuram no território multiprofissional de formação em saúde?
4. Como estes espaços são negociados?

²⁸ Questão cujo encaminhamento iniciou já no item 1.3.2, intitulado “A história contada por seus atores: montando cenários de formação”.

5. Como a proposição desses lugares de formação afeta a dinâmica produção do novo/reprodução do mesmo na atenção em saúde mental? Em que medida têm possibilitado a invenção de outros modos de trabalhar?

Partindo dessas questões, configuramos um projeto de pesquisa amplo o suficiente para ser redesenhado à medida que fosse necessário. O projeto previu um primeiro tempo de aproximação aos espaços de formação dos residentes de Saúde Mental e de Saúde da Família e Comunidade, que duraria cerca de dois meses, como forma de experimentar um pouco do cotidiano desses lugares. Nesse tempo inicial, foi prevista minha eventual participação, enquanto pesquisadora, em alguns espaços instituídos de encontro da equipe multiprofissional de residentes, como seminários teóricos e reuniões de equipe, bem como visitas às Unidades Básicas de Saúde e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS adulto) no intuito de conhecer os espaços de trabalho e as atividades de atenção aos usuários neles realizadas.

Um segundo tempo de pesquisa foi previsto, onde seriam realizadas entrevistas com os residentes de primeiro ano e com os preceptores e coordenadores das ênfases da residência a serem abordadas. Nessa etapa, a pesquisa encontraria um dos seus momentos mais relevantes, já que nela os atores narram seu percurso de formação e de trabalho. Desde nossa perspectiva, o recurso às narrativas é uma aposta na possibilidade dos atores realizarem, também através da participação na pesquisa, a produção de experiências a partir de uma apropriação de suas vivências. As entrevistas com preceptores tiveram como temáticas norteadoras:

1. a organização dos espaços de formação;
2. objetivos dos modos de configuração dos espaços formativos;
3. os impasses experimentados e os encaminhamentos decorrentes.

As entrevistas com os residentes seriam desdobradas em dois momentos com um intervalo de cerca de seis meses. Esse intervalo relaciona-se ao objetivo de poder escutar possíveis mudanças nas formas dos residentes conceberem o trabalho e de pensarem seus lugares de atuação, produzidas com o decorrer do tempo de vivências no percurso de formação. Propomos então a realização de entrevistas abertas que partiriam de questões norteadoras e que privilegiaram a narrativa do residente acerca de suas vivências na atenção e na equipe multiprofissional. Como temáticas norteadoras definimos:

1. como o residente pensa seu papel enquanto profissional de saúde;
2. os papéis dos demais profissionais de saúde que integram as equipes;

3. o trabalho em equipe multiprofissional;
4. as demandas de saúde mental;
5. cenas do percurso de formação em que se configuraram impasses e dificuldades.

O segundo momento de entrevistas abordaria, em princípio, as mesmas temáticas, podendo, ainda, novas temáticas serem acrescentadas a partir da consideração da primeira experiência de entrevistas.

Previmos ainda um terceiro tempo, em que se realizaria um encontro entre pesquisadora e participantes, de formato a ser combinado posteriormente, onde se faria uma “apresentação dos resultados” da pesquisa e uma conversa em torno de como os participantes avaliaram o andamento da mesma. Não definimos se este momento de encontro seria realizado de forma conjunta entre as duas ênfases da residência (saúde mental e saúde da família e comunidade) ou se ocorreria separadamente. Finalmente, com o roteiro constituído, contatamos uma das coordenadoras da Residência Integrada em Saúde – a da ênfase de comunitária – e entregamos o projeto. A indicação de entrega do projeto a essa coordenadora ocorreu por recomendação de um dos profissionais do serviço de saúde da família e da comunidade, o qual referiu que essa coordenadora teria sido alguém bastante importante no processo de elaboração e consolidação da proposta da RIS na instituição. Desse modo, a primeira leitura do projeto foi realizada pela coordenadora mencionada que, posteriormente, nos apresentou à coordenação da ênfase em saúde mental para a qual também apresentamos o projeto.

Após a leitura do projeto pelas coordenações da RIS – ênfase em saúde da família e comunidade – foram sugeridas algumas alterações. Entre elas a de que deveria ser anexado à proposta um roteiro para as entrevistas a serem realizadas, pois, apenas uma listagem de temáticas abordadas, como trazia inicialmente o projeto, seria insuficiente para a aprovação do comitê de ética. Percebi que o meu esforço de construir um certo roteiro de inserção no campo de pesquisa que fosse aberto o suficiente, a ponto de poder ser redefinido à medida que o percurso demandasse, encontraria alguns obstáculos pelo caminho. Pediam-me, no entanto, que a proposta de pesquisa desenhasse um mapa mais bem definido, menos indeterminado, com um roteiro de percurso. Risquei então, na superfície do mapa desenhado, um roteiro mais objetivo a percorrer, já que isso se apresentava como a condição de entrada naquela terra estrangeira. Embora eu soubesse que, no encontro com o campo, outros caminhos poderiam

se traçar e outras direções poderiam se mostrar possíveis. Em seguida a essa primeira reformulação da proposta, obtive a autorização da coordenação do Serviço de Saúde Comunitária (que inclui a rede de unidades básicas de saúde, onde os residentes de saúde da família e comunidade realizam sua formação em serviço). Tal autorização não encontrou muitos obstáculos para se efetivar, o que me fazia pensar que talvez a coordenação do serviço de saúde da família e comunidade não teria apenas permitido a realização pesquisa, mas talvez tivesse interesse de que ela acontecesse. Isso, de certa forma, foi enunciado pela coordenadora quando ela me disse que a pesquisa seria importante para avaliar os efeitos do trabalho com a formação nas equipes e nos residentes, bem como, para visibilizar a própria Residência.

Em relação à ênfase de saúde mental, a recepção da pesquisa teve outros desdobramentos. Quanto a isso, me parece importante narrar alguns acontecimentos iniciais. A coordenadora da ênfase em saúde da família e comunidade, conforme dissemos anteriormente, apresentou-me à coordenação da ênfase em saúde mental como pesquisadora interessada em investigar a formação na RIS. O encontro aconteceu nos corredores do Hospital Conceição, onde se realizava, na época, uma feira com as produções artesanais dos usuários do CAPS adulto – local em que pretendíamos realizar a pesquisa. A coordenadora da RIS em saúde mental estava junto aos pacientes na tal “feirinha”, o que fez com que nosso contato inicial fosse bastante rápido. Esse primeiro encontro, entretanto, já deu pistas de que as negociações com a ênfase não seriam tão tranquilas, pois, logo de início, a coordenadora da saúde mental foi colocando empecilhos para a realização da pesquisa. Dizia que o CAPS adulto era muito recente, que estavam começando a organizar o trabalho e que não sabia se seria possível uma pesquisa lá nesse momento, mas que discutiria a questão na equipe. Anotei o telefone do CAPS, entreguei o texto do projeto e fiquei de entrar em contato em uma semana.

Ligo e a coordenadora me diz que ainda não tinha sido possível discutir a proposta na reunião da equipe, pois havia muitos assuntos na pauta. Pede-me então mais uma semana. No tempo combinado, ligo novamente e me é então proposto um encontro com preceptores e coordenadores da RIS em saúde mental, onde se discutiria a viabilidade de realização da pesquisa. A reunião com a equipe se colocou como possibilidade e como condição para que o coordenador do Serviço de Saúde Mental (que inclui o CAPS adulto, um dos espaços de formação em serviço dos residentes de saúde mental e psiquiatria) autorizasse o estudo. Vale a pena nos alongarmos um pouco nas idas e vindas que se produziram nesse período de

conversas e negociações, até o momento de obtenção da autorização da pesquisa pela coordenação de saúde mental.

Preparei-me então para a esperada reunião pensando em poder responder questões em relação ao projeto e ouvir sugestões de reestruturação do mesmo a partir das possibilidades do serviço de acolher a pesquisa. Nesse dia, uma primeira surpresa. A primeira pergunta feita, ou ainda, a primeira dúvida enunciada sobre o projeto não era sobre o projeto. Um dos preceptores perguntou-me: “em primeiro lugar, qual a tua formação?” Surpreendo-me com a urgência da pergunta, mas também com o fato de eu haver esquecido de escrever na folha de rosto do projeto, espaço em que eu deveria me apresentar, através de meus dados de identificação, qual era minha profissão. Escrevi apenas meu nome e logo abaixo: “mestranda em Educação pela UFRGS”, omitindo meu campo disciplinar de origem. Respondi à pergunta ainda um pouco desorientada, estranhando aquele esquecimento. No final da reunião, após cruzar o portão que dava entrada e saída à instituição, passado um pouco o susto, e me sentindo um pouco mais dentro de mim mesma, pensei: “como assim ‘em primeiro lugar, qual é a tua formação?’” Dei-me conta de que meus pensamentos e questionamentos, materializados no texto da proposta de pesquisa, não eram suficientes para a equipe no sentido de me apresentarem enquanto pesquisadora. Ou ainda, que a questão da identidade profissional era algo bastante importante naquele espaço que eu começava a adentrar.

Outra surpresa se deu ainda durante a reunião no momento em que eu percebi que os preceptores de medicina não estavam entre os presentes. Fato que adquiriu um sentido apenas no momento em que os demais preceptores colocaram que, se eu tinha interesse em incluir os residentes de medicina na pesquisa, o projeto teria de ser reformulado, justamente, na parte em que eu identificava quem seriam os participantes da mesma. Isto porque acabei por definir como participantes da pesquisa os profissionais em formação e os preceptores da Residência Integrada em Saúde, sem dar-me conta de que este recorte excluía os médicos residentes e seus preceptores. Eu havia participado, em um momento anterior à escrita do projeto, de uma aula do chamado currículo integrado da residência (aula que integra os dois programas de residência – RM e RIS – realizada na ênfase de saúde da família e comunidade), onde estavam presentes residentes de todas as profissões, inclusive os médicos. A partir daí, talvez a questão da dissociação dos programas de residência no âmbito legislativo – há a residência médica e, em separado, há a residência multiprofissional – tenha ficado periférica para mim. Quando da escrita do projeto, acabei definindo os “sujeitos de pesquisa” como se a Residência Integrada em Saúde (RIS) incluísse a Residência Médica. Entretanto, o que pude perceber

nessa reunião apontava para algo contrário: o programa de Residência Médica não se via incluído na denominação Residência Integrada.

Encontrei-me assim diante da necessidade de reescrever o projeto, incluindo no item “sujeitos de pesquisa” os profissionais em formação na Residência Médica (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Psiquiatria) juntamente com os que eu já havia incluído, ou seja, os residentes da RIS (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Saúde Mental). A partir desse apontamento incluí uma pergunta mais à bússola de entrada no campo de pesquisa. Como interagem Residência Multiprofissional e Residência Médica para constituírem os dispositivos multiprofissionais de formação em serviço? E reformulei a primeira pergunta: Como as diretrizes que regulamentam a Residência Multiprofissional e a Residência Médica ganham vida, dimensão e forma no cotidiano dos espaços de formação e trabalho em saúde? Marcamos então outra reunião com preceptores, para discutir o projeto reformulado, onde estariam presentes os representantes da área médica.

No segundo encontro, com a presença da preceptoria da residência médica, voltamos a algumas questões discutidas na primeira reunião: o tempo da pesquisa, a inserção nos espaços instituídos de encontro das equipes de residentes, o roteiro das entrevistas. Assim como da primeira vez, também nesse dia me foi endereçada uma pergunta que seguiu ressonando, mesmo após minha saída da instituição: “onde tu queres chegar com essa pesquisa?” Se a questão sobre minha formação, que perguntava por de onde eu vinha, me surpreendeu pela urgência com que pedia uma resposta: o “em primeiro lugar”; esta mereceu destaque por sua insistência. Falamos sobre vários aspectos do projeto, entre eles: o porquê da escolha das ênfases saúde mental e saúde comunitária, dúvidas sobre as perguntas colocadas no roteiro das entrevistas, a idéia de não se limitar às entrevistas, apesar delas serem o que *a priori* se colocava como um momento decisivo da pesquisa, na medida em que os profissionais narrariam suas vivências.

Porém, entre um assunto e outro, a pergunta teimava em retornar: “mas, ainda não ficou claro onde realmente tu pretendes ir com essa pesquisa”. Sossegou apenas quando eu disse que quem iria me dizer onde chegar eram os próprios participantes do estudo, já que **a pergunta que me levava até ali tinha a ver com os efeitos do trabalho em equipe multiprofissional na formação dos profissionais de saúde e na produção dos modos de trabalhar em saúde mental**. E somente os participantes da pesquisa poderiam me dizer algo acerca destes efeitos. Percebi que o fato de eu ter enfatizado a importância das entrevistas, dos relatos de vivências, como o que definiria o ponto de chegada da pesquisa, deu algum destino

para a tensão que se atualizava a cada vez que a teimosa pergunta ressurgia.

A questão sobre o ponto de chegada, impossível de ser respondida quando da partida, me exigia além do desenho do mapa e do roteiro traçado, a descrição, ou melhor, a construção de um saber sobre um lugar que eu ainda não havia experimentado, que ainda não havia sequer se constituído. E tudo que eu queria com a pesquisa era chegar a algum lugar desconhecido e me surpreender com ele. Tudo o que eu não queria era encontrar algo que eu já imaginava desde o princípio. Acredito que, ao dividir com os participantes da reunião e da pesquisa a responsabilidade pela constituição desse lugar a que a mesma nos levaria, se introduziu a própria possibilidade de realização da pesquisa. Assim, depois das muitas idas e vindas, fechamos a versão final do projeto com as alterações sugeridas. E após a autorização da coordenação de saúde mental, a proposta foi encaminhada à avaliação das instâncias necessárias.

Acredito que as questões que se produziram nos primeiros contatos com o campo merecem alguma reflexão, para que, em seguida, possamos melhor trabalhar os seus desdobramentos ao longo da estada no campo de pesquisa. O primeiro ponto que pede destaque diz respeito às formas como a proposta de pesquisa foi recebida por uma e outra ênfase da Residência Integrada em Saúde. Se a coordenação da ênfase em saúde da família e comunidade recebeu com curiosidade nossa proposição, ao mesmo tempo em que propôs alterações que teriam o intuito de facilitar a aprovação do projeto pelo comitê de ética, demonstrando certo desejo de que o estudo se realizasse; o mesmo não pode ser dito sobre a ênfase em saúde mental. Nesta, a primeira reação foi de certa desconfiança. Os interrogantes endereçados a mim, enquanto pesquisadora, a partir desse encontro com o campo da formação em saúde mental dizem um pouco disso que apareceu como reação e que tento agora nomear.

De um lado, a pergunta pelo ponto de partida; de outro, pelo ponto de chegada. Ambas guardam entre si uma estranha relação, talvez, melhor dizendo, um curioso encaixe. Relação que só pôde fazer-me algum sentido após algum tempo de vivências no cotidiano dos serviços pesquisados e mesmo, após algumas entrevistas realizadas. É como se a resposta esperada para uma questão, por exemplo, a que perguntava “qual tua formação”, tornasse desnecessária a resposta da seguinte “onde tu queres chegar”, na medida em que uma resposta garantiria a suposição da outra. Como se, sabendo de qual campo profissional parte o sujeito, se pudesse saber onde ele chegará com seu trabalho, e como será sua posição diante dos outros. Ou vice-versa: sabendo onde o profissional quer chegar, o que ele quer produzir com seu trabalho, se pudesse deduzir de onde ele vem, qual seu campo profissional de origem.

Nessa hipótese que construímos, tudo se passa como se houvesse uma anterioridade que garantisse os efeitos de um encontro. Ou ainda, como se essa anterioridade garantisse a previsão dos efeitos, e, desse modo, de antemão, se pudesse controlar o rumo dos acontecimentos e evitar sua dispersão. Saber de onde vem o outro e daí deduzir para onde o encontro com ele me levará, ou ainda, saber onde ele quer ir para poder saber quem ele é, de uma certa forma, tornaria tal encontro menos ameaçador, menos perigoso, menos dispersivo. Se por um lado, para que um encontro, nos seus efeitos produtivos, aconteça há que se organizar um espaço, de algum modo, protegido, um laço de confiança, pois, do contrário, não há encontro que se arme; por outro, eu me perguntava porque a proteção era buscada, justamente, no campo profissional (como o que garantiria um saber sobre a identidade do outro) e no *telos* da pesquisa (como o que garantiria um saber sobre os efeitos de um encontro).

De todo jeito, a busca de uma estabilidade pela colocação em cena de uma racionalidade linear entre anterioridade e posterioridade, entre origem e *telos*, entre profissão e resultado do trabalho dizia algo do universo que eu começava a vivenciar. Talvez se tratasse aí de afastar da cena de encontro com o outro a dimensão do imprevisível. Ou melhor, da tentativa de produzir um encontro com o mesmo. O que se coloca como um paradoxo, já que o encontro carrega sempre em si uma alteridade. De nossa parte, era preciso retirar, da pergunta que encontrava espelho, efeitos de diferença.

Aprovado o projeto de pesquisa, iniciamos legitimamente nossas incursões pelo campo. Combinamos nossa participação na reunião semanal de equipe do CAPS adulto, na parte da reunião em que os residentes também participavam. Acordamos nossa participação nas aulas do currículo integrado da ênfase em saúde da família e comunidade, momento em que residentes (da RM e da RIS) discutem sua prática, articulando conceitos com as vivências nos serviços. E iniciamos algumas visitas às unidades básicas de saúde, com o objetivo de conhecer os espaços de trabalho desses residentes. Dessa vivência no contato com as equipes, teria para contar alguns fragmentos. Frases soltas, diálogos travados aqui e ali, imagens a pedir lugar na história. Começamos pela experiência de apresentação da proposta de pesquisa aos residentes, já que já contamos como isso se deu em relação aos preceptores. A apresentação aconteceu em dois momentos. Primeiro na ênfase de saúde mental, no CAPS, na ocasião de uma reunião de equipe. Depois, na ênfase de saúde da família e comunidade, em uma aula do currículo integrado.

Cheguei ao CAPS adulto, para apresentar a pesquisa aos residentes, num dia de reunião de equipe. Expliquei os objetivos do estudo e eles me endereçavam perguntas. “Então a tua pesquisa é uma avaliação da RIS?” – pergunta um residente médico. “Não é bem uma avaliação e nem é só em relação à RIS. É um estudo sobre os efeitos do trabalho multiprofissional na residência e inclui toda a equipe, inclusive os médicos.” Outra pergunta, dessa vez de uma residente psicóloga: “e qual é o nome da pesquisa?” “Bom, isso vai depender do decorrer da pesquisa, mas imagino que vai ter algo a ver com o trabalho em equipe multiprofissional e a formação em saúde”. Ainda uma dúvida sobre o método: “É uma pesquisa qualitativa?” Vacilando um pouco, concordei com a pergunta. E por fim surgiu a questão sobre se eu tinha experiência de trabalho em saúde mental, se trabalhava na área. Daí em diante, eles mesmos passaram a sugerir os espaços em que seria interessante que eu me inserisse: as reuniões de equipe, as avaliações de pacientes nas mini-equipes²⁹, os seminários teóricos que aconteciam em conjunto entre RM e RIS.

No currículo integrado, apresentei a pesquisa em uma das aulas. Não na primeira que participei. Circulei por um tempo anônima naquele espaço (talvez durante umas três aulas), momento em que eu só era conhecida por um dos preceptores, com quem eu tinha feito o primeiro contato. Nos intervalos dessas aulas, sempre havia um ou outro residente ou professor que perguntava quem eu era, de onde eu vinha, o que fazia ali. A apresentação oficial foi realizada nos minutos iniciais de uma das aulas (o que correspondia a logo depois do almoço) e os residentes iam, aos poucos, chegando e se agregando ao grupo que me escutava. “Quais postos tu vais visitar? São doze. Tu vais a todos?” – foi a primeira pergunta. “A minha idéia é visitar alguns” – respondi. “Qual vai ser teu critério de escolha? Cada unidade é bem diferente das outras.” “Penso que o critério vai ser a composição das equipes. Vou naqueles que tenham uma equipe multiprofissional (de residentes) maior, com mais residentes de diversas áreas” – respondi. Como reação, ouviu-se um burburinho, do qual eu pude distinguir algum pedaço de frase: “ih, na minha ela nem vai, só tem médico e enfermeiro”. Percebi um certo descontentamento com o critério escolhido. Como se eu estivesse colocando num lugar de menor importância as unidades e equipes pequenas. Tomei o burburinho como questão para seguir pensando. No fim da conversa, os próprios residentes me indicaram cinco unidades que teriam equipes compostas por todas ou quase todas as

²⁹ A equipe do CAPS adulto se organiza em três mini-equipes e cada uma delas é referência para um número determinado de usuários. Participam das mesmas profissionais e residentes dos vários núcleos profissionais que compõe a grande equipe do CAPS adulto. O primeiro contato dos usuários com o CAPS acontece, usualmente, através de uma entrevista realizada nas mini-equipes, onde todos os profissionais que as compõe participam, embora um deles fique responsável pela condução da entrevista.

profissões. Ficou combinado também que eu acompanharia um dos grupos, já que as aulas do currículo integrado aconteciam em duas etapas: em pequenos grupos, formados no início do semestre; e no grande grupo. A lógica de formação dos pequenos grupos seguia dois critérios: misturar residentes de distintas unidades, bem como de diferentes profissões.

Esses contatos iniciais com os residentes abriram os caminhos para minha estada no campo de pesquisa. A partir das perguntas que me foram endereçadas e das reações que pude perceber, redefini alguns critérios estabelecidos *a priori* com relação às observações de campo. Na ênfase de saúde da família e comunidade, em relação às unidades a visitar, optei por conhecer aquelas em que os residentes do pequeno grupo que acompanhei estavam inseridos, privilegiando, menos a configuração das equipes e mais o laço que eu havia estabelecido com os mesmos. Na mesma linha, dos sete residentes em saúde da família e comunidade que foram entrevistados, quatro haviam participado do grupo que acompanhamos. Os demais foram convidados a participar, pois pertenciam a unidades de saúde com equipes amplas, às quais também visitamos.

Conheci então três unidades de saúde, duas delas tinham em sua equipe representantes de todos os núcleos profissionais e uma delas tinha, no início da pesquisa, uma equipe mais reduzida, à qual foram se agregando outros profissionais. Na ocasião do segundo momento de entrevistas com residentes, essa equipe já estava composta por profissionais ou residentes de todos os núcleos³⁰. As idas as Unidades básicas de Saúde, foram concomitantes com as entrevistas dos residentes. É importante dizer que não estabelecemos um laço mais próximo com tais equipes. As visitas aos postos foram sempre mediadas pelos residentes que iríamos entrevistar, os quais nos apresentavam as unidades e contavam sobre seu funcionamento.

Na saúde mental, por outro lado, como participamos de reuniões da equipe, durante cerca de quatro meses, um laço mais próximo pôde se configurar entre pesquisadora e equipe. A possibilidade de realização das entrevistas foi aberta, em princípio, para os residentes de primeiro de formação. Posteriormente, optamos por oferecer tal possibilidade também para os residentes de segundo ano, já que alguns deles se mostraram interessados em participar da pesquisa. Outro motivo que nos levou a incluí-los na pesquisa foi o fato de que continuamos considerando importante realizar entrevistas com residentes de todas as profissões presentes na RIS. O que não seria possível se entrevistássemos apenas os R1, pois não havia

³⁰ Mencionamos no item 1.3.1 que estava previsto, no projeto da Residência Integrada em Saúde, o aumento das equipes de modo a contemplar a participação do maior número possível de núcleos profissionais nas mesmas.

representantes de todos os núcleos profissionais, no primeiro ano de residência, realizando a formação em serviço no CAPS adulto.

Desse modo, nossa estada inicial no campo de pesquisa foi delineando nosso percurso, produzindo desvios, abrindo novos caminhos e fechando outros. Entrevistamos então sete residentes de primeiro ano da ênfase de saúde da família e comunidade dos dois programas de residência. Na saúde mental, foram entrevistados seis residentes, também dos dois programas, dos quais dois estavam no segundo ano da residência. Das treze entrevistas, elegemos seis para discutir aqui. Apenas uma dessas seis foi realizada com um R2. No capítulo seguinte, apresentaremos nosso diálogo com os residentes, a partir das entrevistas escolhidas.

3. EM TORNO DA ÉTICA

Até aqui montamos os cenários nos quais pensamos que a formação em saúde tem se produzido e trabalhamos em torno da temática da experiência. Propusemos que ela é potencializada pela configuração de encontros fronteiriços entre campos heterogêneos. Como efeito desse encontro com a alteridade poderíamos ter a produção de um alargamento das fronteiras. Ao invés de uma linha, se desenharia uma zona intervalar, onde interior e exterior se conjugariam para desenhar um mais além, nem dentro nem fora e, ao mesmo tempo, dentro e fora. A experiência emergiria na apropriação dessa vivência fronteira e teria na narrativa uma forma de apresentação. Desde essa perspectiva, sugerimos nossa entrada no campo de pesquisa como também da ordem de uma experiência e trouxemos alguns recortes das negociações que a entrada no terreno estrangeiro da pesquisa exigiu, bem como das cenas que vivenciamos quando de nossa estada nele.

Nosso percurso nos leva agora a uma problematização acerca da ética como um modo de se conduzir no campo do vivido. Interessa-nos trabalhar a questão de o que poderia governar as ações que se produzem nos espaços multiprofissionais de formação e trabalho em saúde – lugares de encontros, tensionamentos e negociações. Para realizarmos o que estamos nos propondo, tomaremos a direção do horizonte apontado por Lacan ([1959-60] 1997), quando ele trabalha a ética da psicanálise. Não se trata de buscar transpor a teoria psicanalítica para o campo da formação em saúde, postura que desmancharia tudo o que tentamos construir até aqui a respeito da zona que se produz entre presenças estrangeiras. Trata-se antes de buscar alguns elementos na teorização lacaniana acerca da ética e endereçá-los como interrogantes ao campo da formação em saúde.

Nesse sentido, primeiramente, apresentaremos algumas questões teóricas no intuito de situar nossa posição em relação à ética; e, em seguida, partiremos para o que mais importa: a narração dos percursos singulares de formação. Nesse momento, os interrogantes acerca da ética, em sua relação com a formação, encontrarão seu ponto privilegiado de apresentação. Nos percursos dos residentes, história, experiência e ética se entrelaçam para trazer à tona possíveis encaminhamentos à pergunta pelas possibilidades de invenção de novos modos de trabalhar em saúde mental.

3.1 A ÉTICA E O BEM

A ética, segundo Lacan ([1959-60] 1997), comporta, em alguma medida, um juízo sobre uma ação, já que a ação mesma traz consigo algum juízo ainda que implícito. Desse modo, falar de ética, implicaria abordar a dimensão em que a ação humana se desenrola e do que a governa. A reflexão de Lacan em torno dessa temática remonta a Aristóteles, em sua obra *Ética a Nicômaco*. Nesta, o filósofo enuncia que o bem seria o fim de todas as ações do homem. Esse caminho em direção ao bem e à virtude implicaria, além de um evitamento de todos os excessos, fazer a razão acompanhar às ações. O Bem Supremo seria a felicidade, alcançada somente pelos homens virtuosos, que escolheriam razoavelmente seu bem próprio (ARISTÓTELES, 2003). Em relação à disciplina da felicidade proposta por Aristóteles, Lacan vai retomar o discurso freudiano para questionar o Bem Supremo como ideal ordenador da conduta humana. “A questão do Bem Supremo se coloca ancestralmente para o homem, mas ele, o analista, sabe que esta questão é uma questão fechada. Não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele não o tem, como sabe que não existe”(LACAN [1959-60] 1997, p.359).

A concepção de que há um bem que deve organizar as relações humanas é desconstruída por Lacan ao longo de sua reflexão em torno da ética. Seu interlocutor mais presente é a psicologia do ego americana, que, segundo ele, ao colocar a normalização psicológica como meta terapêutica, não passaria de uma moral racionalizante. Quando discutimos a questão do *biopoder* e da disciplinarização da vida com a emergência de uma esfera social (cf. 1.1), já apontávamos, para uma série de práticas em saúde mental que estariam a serviço da normalização psicológica e da adaptação aos ideais sociais. Pensamos a denúncia da lógica do serviço dos bens, enunciada por Lacan, na medida em que nela estaria em jogo um ideal de harmonização da vida e de conforto individual, como bastante próxima às questões trabalhadas no primeiro capítulo com Hanna Arendt e Michel Foucault.

Se Foucault interrogou a psicanálise, inscrevendo-a na série de discursos de verdade sobre o sujeito, promotores da normatização da vida; Lacan, em sua discussão sobre a ética também escolheu como alvo uma certa psicanálise que se colocava a serviço da normalização da existência. Quando Foucault definiu a psicanálise de Freud como “injunção a eliminar o recalque” (FOUCAULT, 1988, p. 123) parece-nos que ele partiu de um inconsciente freudiano como reservatório de representações a serem recuperadas. Como se o bem do sujeito estivesse nas profundezas de seu inconsciente e como se o próprio sujeito, auxiliado

pelo analista, pudesse acessá-lo. Ora, o esforço de Lacan foi, justamente, o de propor um inconsciente ético e não ôntico. Desde aí, tratar-se-ia, mais do que de resgatar alguma significação verdadeira, de produzir uma significação que, ainda que transitória, fosse minimamente sustentadora. Para Lacan, no serviço dos bens, a falta que constitui o sujeito, seria tomada como carência. A idéia de carência, por sua vez, pressuporia um bem capaz de supri-la, harmonizando a existência. Nesse sentido, a lógica dos bens se distanciaria da noção de falta que Lacan lê em Freud, relativa à dimensão de dessimetria e de não conciliação que marca a relação do sujeito com o Outro. Nesse sentido, colocar-se como garante do encontro do sujeito com seu bem, para Lacan, seria desde sempre uma trapaça. Não haveria possibilidade de encontro com uma representação que dissesse a verdade sobre a identidade do sujeito, nem tampouco com um bem perdido que garantisse o sentido da vida.

Para Lacan ([1953] 1988), o caminho em direção a uma ética envolve uma responsabilidade de nos posicionarmos em oposição às lógicas que coisificam o sujeito, onde este é falado mais do que fala. À objetificação do sujeito nos discursos da civilização científica, deveríamos responder oferecendo um espaço de escuta para o sujeito e restituindo-lhe o valor de sua palavra. E essa experiência de encontro com a própria palavra estaria muito longe de um possível encontro com qualquer bem, na medida em que falar atualizaria a dimensão de dessimetria existente entre o vivido e a linguagem. Desse modo, poderíamos dizer que a interpretação foucaultiana empreende uma leitura do conceito psicanalítico de falta no quadrante imaginário, na medida em que coloca a ênfase na construção freudiana do drama edípico³¹. Porém, essa tensão entre Foucault e Lacan não pode ser resolvida tão facilmente, sob o argumento de que o segundo teria sido mal entendido pelo primeiro. Ao contrário, se tomamos a posição de tensionar ambos discursos nessa reflexão é porque as proposições foucaultianas nos parecem, especialmente, instigantes e enriquecedoras para a temática que intentamos desdobrar.

Seguindo com Lacan e sua construção em relação à ética, chegamos ao ponto que o autor interroga o lugar do bem no laço ao outro e na clínica. Ele afirma que “a cada instante temos de saber qual nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar” (ibid: p. 267). Haveria uma armadilha nesse paradoxo de querer fazer o bem ao outro. No que se refere ao próximo, nos diz Lacan, estaríamos sempre diante de uma margem irreduzível e

³¹ Foucault (1988) afirma que a psicanálise inscreve o poder no campo da interdição e se coloca como meio de “eliminação de seus efeitos patogênicos” (p. 121). Para o autor, a interdição do incesto seria fundamento da elaboração lacanianiana entre a lei e o desejo. É, nesse sentido, que tendemos a pensar que a leitura foucaultiana do conceito psicanalítico de falta inscreve esta no campo de uma carência que se produz pela interdição.

intransponível, na medida em que se trata de uma alteridade que não pode ser apreendida, objetivada. A armadilha se faria na medida em que a busca pelo bem do outro fatalmente nos remeteria ao nosso próprio bem. Lacan nos diz que queremos o bem do outro à imagem do nosso próprio, imaginamos suas dores e suas dificuldades no espelho das nossas, queremos lhe proporcionar um conforto que só vale na medida em que pensamos que ele serviria para nós mesmos. Uma ação dirigida pelo dever de promover o bem-estar do próximo nos conduziria facilmente ao quadrante das relações narcísicas, em que a alteridade não se coloca.

Ainda levado pela questão de o que orienta a ação humana, Lacan dirige-se a Kant, quando ele propõe que a ação moral é orientada por princípios universais. "Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre valer como princípio de uma legislação que seja para todos" (Kant *apud* Lacan, [1959-60] 1997, p. 98), nos diz o filósofo. O central na ética proposta por Kant, na leitura de Lacan, está em sustentar a ação moral de forma radical num universalismo e numa transcendência do bem. Esta interpretação do texto kantiano permite a Lacan situá-lo muito próximo de seu contemporâneo: o marquês de Sade. Sade, em *Filosofia na Alcova*, também propõe um princípio ordenador da relação ao outro, qual seja, que se tome como máxima universal de toda ação o direito de gozar de outrem como um instrumento de prazer. Se, de um lado, esse imperativo ataca os fundamentos da lei moral, preconizando o incesto, o adultério, o crime; de outro, se aproxima de Kant, pois também propõe como ideal da conduta um princípio que apaga a dimensão da alteridade. Kant e Sade, em suas aporias éticas, supostamente longínquas, a partir de Lacan, tornam-se vizinhos. O mesmo limite que separa seus lugares enunciativos também os une. Ali onde não renunciar a nenhum gozo e renunciar a todo e qualquer gozo apontam para o absoluto. Em ambas as proposições, cada uma a sua maneira, o lugar do outro em sua singularidade é desconsiderado.

Assim, Lacan sustenta que definir o campo de *das Ding* (Coisa) aparece como algo central quando se trata de avançar no terreno da ética. *Das Ding* concerne ao que, em outro momento, chamamos de exterioridade íntima. Lacan nos aponta que o sujeito não é apenas o sujeito intersubjetivo, submetido à mediação significante, mas também alguém defrontado constantemente com um real que causa a estruturação psíquica. A noção de Coisa, em Lacan, aparece associada ao conceito de real. O real é aquilo que se produz como resto na emergência do significante, na medida em que a palavra não recobre o campo do vivido, mantendo sempre um intervalo. É este intervalo que torna possível o esquecimento e a lembrança. A trama simbólica que constitui a subjetividade se sustenta, desde Lacan, nesse real do qual nada se sabe e que entra em jogo na relação ao Outro. Seria justamente aí que se

colocaria a interrogação freudiana acerca da ética: na admissão desse real, *das Ding*, dessa hiância significativa como o que sustenta a experiência subjetiva.

O discurso da ciência, por sua vez, na medida em que rejeita essa dimensão inapreensível presente na relação ao Outro, essa hiância que impossibilita qualquer saber absoluto, também tropeçaria na questão ética. Lacan refere-se à ciência como um discurso que nada esquece. Considerar a subjetividade implicaria dar lugar ao esquecimento. Nesse sentido a ciência prometeria uma relação justa com o real, caindo na armadilha da relação narcísica, em que a dimensão da alteridade se apaga. No discurso do bem geral da comunidade, ou ainda, no discurso normativo da saúde como bem, da “vida como bem supremo” (ARENDDT, [1958] 2005, p. 326), para Lacan, lidaríamos com as conseqüências do discurso da ciência – um discurso que, por estrutura, coloca-se como Outro absoluto do sujeito. Desse modo, seria sempre de um ideal que se trataria no discurso moral de promover o bem, onde surgem os imperativos, as normas e as exemplaridades de conduta.

Entretanto, se não há bem que organize a relação ao outro, e ainda, se há sempre uma margem intransponível presente nesse laço, que impossibilita o acesso ao bem próprio do outro, então as ações de cuidado ou a terapêutica seriam da ordem do impossível? O que torna possível a produção de atos terapêuticos? O que seria um cuidado, em direção à pessoa em sofrimento, que não se desdobrasse no plano de um exercício narcísico do cuidador? Que não cedesse à tentação de colagem a um ideal de saber absoluto?

Lembremos aqui de Hanna Arendt (cf. 1.1), quando ela nos diz que a moderna esfera social “exige sempre que os seus membros ajam como se fossem membros de uma enorme família dotada apenas de uma opinião e de um único interesse” (ARENDDT, [1958] 2005, p. 49). Na interrogação dessa moral da igualdade, realizada pela autora, encontramos uma proximidade com a denúncia da moral dos bens, efetuada por Lacan. Desse encontro entre Arendt e Lacan, talvez possamos começar a construir possíveis respostas às nossas perguntas. Parece-nos que em ambos, trata-se de produzir um discurso que introduz uma reflexão sobre o lugar da diferença. Arendt ([1958] 2005) irá pensar a diferença como condição essencial do espaço público e de uma vida política (cf. 1.1). O espaço público de que ela nos fala é o lugar por excelência do exercício da diferença e do compartilhamento dessa condição. É apenas pelo compartilhamento da diferença que podemos falar de igualdade e de produção de um mundo comum.

Se Arendt nos fala de mundo comum e de espaço público, Lacan irá nos convocar a pensar o campo da ética, espaço que também não se institui a partir de normas ou imperativos morais. O autor nos fala de uma ética orientada pelo real, que admite a presença de uma alteridade que sempre escapa ao compartilhado. Apenas a partir dessa admissão poderíamos pensar na possibilidade de compartilhamento, que se opera no registro simbólico. Um mundo comum se constrói a partir da transmissão simbólica, que sempre deixa um resto não compartilhável e, ao mesmo tempo, condição do compartilhamento. Nesse sentido, o exercício da diferença implicaria a consideração desse resto e o distanciamento das formas totalizadoras de relação ao Outro. Para situar então o que poderia ser um terreno em que as ações terapêuticas se fariam acompanhar da dimensão ética, faremos uma entrada no campo tragédia antiga. Lacan nos sugere a consideração da ação trágica para articular o problema da ética no universo da clínica. Para ele, a posição do herói trágico nos diria algo dessa zona difícil que se configura pela posta em cena do ato clínico, em seus limites e seus pontos de ultrapassamento.

3.2 A ÉTICA E O TRÁGICO

A primeira questão importante a ser colocada diz respeito à origem da tragédia. Em muitos autores, como Nietzsche (*O Nascimento da Tragédia*) e Aristóteles (*Poética*), a origem da tragédia foi buscada em Dioniso. Essa hipótese não diz respeito apenas à etimologia da palavra *tragoedia*, união de *tragos* (bode – uma das formas de aparição dionisíaca nos mitos), *oidé* (canto) e o sufixo *ia*, mas também à idéia de que a Tragédia teria se desdobrado do Drama Satírico, que, em sua origem, consistia em danças e rituais em honra a Dioniso. Na mesma direção, Brandão (2001) refere que encontramos em Dioniso uma das forças vivas que impulsionaram a emergência do drama trágico.

As referências mais antigas a Dioniso na literatura estão na *Ilíada* e referem-se ao episódio da perseguição do deus por Licurgo, rei dos edônios. Contam que o deus possuído da loucura sagrada (*mania*), diante das ameaças do rei, lançou-se ao mar. A perseguição de Dioniso, segundo a versão mítica, fazia parte de um ritual iniciático e catártico: a purificação pela água. Numa perspectiva política, tal perseguição falaria de uma longa oposição à

penetração de seu culto na *pólis* aristocrática da Grécia Antiga. A inserção dos cultos dionisíacos teria acontecido apenas na Grécia democrática do século V A.C. Dioniso enquanto deus estrangeiro, de origem agrária, deus da vegetação e das potências geradoras, não teria sido bem vindo na Atenas aristocrática. “Com seu *êxtase* e *entusiasmo* o filho de Sêmele era uma séria ameaça à *pólis* aristocrática, à *pólis* dos Eupátridas, ao *status quo* vigente, cujo suporte religioso era os aristocratas deuses olímpicos” (BRANDÃO, 2001, p. 117).

O surgimento da tragédia estaria então relacionado ao momento em que os cultos dionisíacos se inseriram na *pólis* grega. Ao momento em que esse deus estrangeiro, em sua força transbordante, encontrou lugar no espaço da cidade. Dias (2005) coloca que Dioniso teria sido o único personagem representado na tragédia antiga. Todos os heróis trágicos seriam avatares desse deus, que, sob forma humana, se submetia às vicissitudes inerentes à vida dos mortais e, como os homens, purificava-se pelo sofrimento.

Para Maurano (2001) é justamente dessa dimensão transbordante que se trata no trágico, onde o que se encena indica sempre um ultrapassamento dos limites da normalidade. A autora situa o campo propriamente “trágico como um mundo de antimonias radicais, não conciliáveis dialeticamente, como o universo da afirmação da heterogeneidade das forças que intervêm nas escolhas humanas” (ibid: p. 25). Segundo Lacan, a dimensão trágica³², na medida em que colocaria em relevo a *hybris*, a desmedida, o desconhecimento como próprio do humano, teria lugar extremamente relevante na problematização acerca da ética.

Gondar (1995) estabelece uma distinção entre o drama e a tragédia que nos parece relevante à questão que pretendemos trabalhar aqui. Segundo a autora, na perspectiva dramática, o “inimigo” se apresentaria como uma exterioridade que viria intervir na vida do sujeito e, sem a qual, se poderia ter uma existência harmoniosa. O drama, nos propõe a autora, ao situar o inimigo desse modo, estaria garantindo uma certa permanência e solidez ao sujeito. Dessa forma, estaria implícito, em todo drama, a afirmação de um bem-estar originário e a promessa de uma vida livre de padecimentos. Nos enredos dramáticos, as personagens se

³² Seria possível realizar uma reflexão sobre o trágico e a clínica a partir da obra de Friedrich Nietzsche. Entretanto, optamos por realizá-la com o pensamento lacaniano, já que é nesse solo conceitual que nossa experiência clínica se desdobra e já que nossa intenção foi articular a dimensão trágica à questão da ética (o que foi realizado por Jacques Lacan). Pensamos ser importante sublinhar que a concepção de Nietzsche sobre a tragédia guarda muitas diferenças em relação à forma como Lacan pensa o trágico. E, desse modo, uma construção a partir das duas perspectivas exigiria a realização de uma pesquisa à parte, que fizesse justiça à originalidade da produção de ambos autores. Os interessados no tema da aproximação entre Nietzsche e Lacan a partir da questão do trágico podem recorrer a obras como: *Lacan & Deleuze: o trágico em duas faces do além do princípio do prazer*, de Mario Bruno, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004; *Ressentimento*, de Maria Rita Kehl, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

deparariam com uma falta que supõe um conteúdo capaz de preenchê-la. Poderíamos dizer que há a expectativa de encontro com o bem. Ou ainda, com um objeto que suspenda a dessimetria própria à *existência*. O que o drama encena é a eterna insatisfação das personagens com os objetos perdidos. Seria então a transitoriedade dos objetos e não a da vida que entraria em questão.

Na tragédia, por outro lado, a personagem se defrontaria com um “inimigo” que está também em si mesmo e lhe é, ao mesmo tempo, íntimo e estranho. A ação trágica não pressuporia um encontro com o Bem Supremo, o Outro absoluto que poderia garantir a harmonia da vida. O outro, na perspectiva do trágico, se apresenta como um campo de dispersão, de forças transbordantes. É desde esta visada que Lacan se relança na discussão em torno da ética. Ele retoma a proposição freudiana de que o próprio processo de pensamento e ação humanos seriam atravessados pelo desconhecimento, pelo não saber, pela experiência do estranho e a associa ao trágico. Para Lacan, o discurso freudiano teria reintroduzido a dimensão trágica no território da vida. Dimensão em que é a transitoriedade da existência que entra em questão (GONDAR, 1995). Assim, Lacan elege a tragédia *Antígona*, para abordar a questão da ética no universo da clínica.

A história se arma em torno do tensionamento entre as posições de Creonte e Antígona. Creonte, o governante da cidade, aparece como aquele que dirige o estado, administra as leis e se declara defensor do bem-estar dos cidadãos: aquele que está aí para promover o bem de todos. Ele proclama, em nome de tais princípios, os destinos dos corpos de Etéocles e Polinices - filhos de Édipo, ambos mortos num combate travado um contra o outro. Um merece sepultura e honras; o outro, dito inimigo da cidade, nem sepulcro, nem lágrimas. Acrescenta-se a isso que quem se atrever a desobedecer tais ordens receberá pena de morte. Diante desse imperativo, surge Antígona, que defende e realiza o sepultamento do irmão.

O governante a acusa: "ousastes transgredir minhas ordens?" Ao que Antígona responde que seu ato foi governado por uma legalidade de leis não escritas.

não foi, com certeza, Zeus que as proclamou, nem a Justiça com trono entre os deuses dos mortos as estabeleceu para os homens. Nem eu supunha que tuas ordens tivessem o poder de se superar as leis não-escritas, perenes, dos deuses, visto que és mortal. Pois elas não são de ontem nem de hoje, mas são sempre vivas, nem se sabe quando surgiram. Por isso, não pretendo, por temor às decisões de algum homem, expor-me à sentença divina. Sei que vou morrer. Como poderia ignorá-lo? E não foi por advertência tua. Se antes da hora morremos, considero-o ganho. Quem vive num mar de aflições iguais às minhas, como não há de considerar a morte lucro? Defrontar-me com a morte não me é

tormento. Tormento seria se deixasse insepulto o morto que procede do ventre de minha mãe (SÓFOCLES, 1999, p. 35-36).

Hemon, filho de Creonte e noivo de Antígona, dirige-se ao pai e governante, tentando alertá-lo de que sua decisão não se encontra em consonância com a vontade do povo da cidade de Tebas:

Eu, no entanto, ouço, às escondidas, como a cidade lamenta a sorte dessa jovem, de todas as mulheres a que menos merece morte extremamente aviltante por ação inquestionavelmente bela como a de não consentir que o irmão tombado em combate sumisse insepulco, exposto à voracidade das aves e dos cães. Não seria ela, antes, merecedora de recompensa em ouro? (...) Não carregues em ti só uma morada da verdade: o que tu dizes, nada mais que isso. Quem julga deter saber exclusivo, possuir língua e mente estranhas aos demais, nesse, se o abres, verás o vazio. Para o homem, ainda que seja sábio, aprender continuamente a ser flexível não é vergonhoso. Observa que, nas torrentes de inverno, as árvores que cedem salvam os ramos, enquanto as que resistem sucumbem, arrancadas as raízes (ibid: p. 53-54).

Creonte mantém-se irredutível em sua decisão: "por vontade de outro hei de governar essa cidade ou por minha? A cidade não pertence a quem governa? Ao que Hemon responde: "Belo governante serias, sendo único numa cidade deserta" (ibid, p. 56). Nesse momento, diante do argumento confrontador do filho, Creonte decide sobre a condenação de Antígona: a pena de ser enterrada viva. Hemon é quem situa o perigo que implica a posição de Creonte, qual seja, o de que governar desde um lugar de saber absoluto, em nome de um "para todos" que enfim aponta a um "para si próprio" produz um efeito de deserto ético.

Desde a posição de Creonte, a partir da visada lacaniana, trata-se da imposição de uma norma ideal, um mandato que apaga a alteridade. Antígona seria quem defenderia isso que a posição de Creonte desconsidera. Creonte se põe a querer legislar algo que não é de sua alçada, algo que tem que ver com leis não escritas, com a lei dos deuses: as homenagens funerárias. "Existem aqui duas dimensões muito nítidas que são suficientemente distinguidas – por um lado as leis da terra, por outro o que os deuses ordenam. Mas pode-se misturá-las. Não são da mesma ordem, e se as confundimos, vai acabar mal", nos diz Lacan ([1959-60] 1997, p. 334). Aqui nos encontramos num ponto importante. Creonte ignora a fronteira que limita o alcance de suas ordens.

Antígona, para Lacan, se situa num *entredois*³³ de dois campos simbolicamente diferenciados – a lei da cidade e a tradição dos deuses – e, com sua posição, afirma essa fronteira, enquanto Creonte a desconsidera. No entanto, segundo a leitura lacaniana, não se trataria em Antígona apenas de uma defesa das leis dos deuses, mas da sustentação de uma posição que diz respeito a sua singularidade e aos laços familiares que a constituem. Trata-se da defesa das homenagens funerárias como marca simbólica da existência do irmão, para além de tudo o que ele pode fazer de bem e de mal, contra a tentativa de Creonte de apagar a existência do inimigo, negando-lhe a sepultura. É neste sentido que Lacan coloca que Antígona vai em direção a sua *ate*.

Brandão (2001) traduz *ate* por *cegueira da razão* e refere que as personagens trágicas são sempre marcadas pela *ate*. O autor coloca que o enredo trágico teria uma dimensão pedagógica, na medida em que enfatizaria que a *ate* (cegueira da razão) levaria inevitavelmente à *moira* (destino cego ou punição). Lacan lê a *ate* desde outra perspectiva. Para ele, ela é aquilo que “provém do Outro, do campo do Outro”. Ir em direção à *ate*, desde esta visada, seria ir ao encontro da alteridade que nos atravessa. Nesse sentido Lacan propõe que a *ate* “não pertence a Creonte, em compensação é o lugar onde Antígona se situa” (LACAN, [1959-60] 1997, p.336).

Creonte, por outro lado, ignora a fronteira que Antígona sustenta, forçando uma transposição, ao condená-la a ser enterrada viva. Antígona leva sua posição às últimas conseqüências e interrompe sua vida na tumba. Hemon, ao ver a amada enforcada e o pai aproximando-se, também se mata. Creonte dá-se conta de seu erro, mas já é tarde. Com o filho morto nos braços o coro lhe canta *Ora, aqui temos o rei em pessoa, traz nos braços prova inequívoca, se podemos dizer assim, não de loucura alheia, mas de seu próprio engano* (SÓFOCLES, 1999, p. 91). Nesse ponto, o coro parece cantar o ato de Antígona como aquilo que fez visível o erro no cálculo de Creonte: a *hamartia*. Para Aristóteles a *hamartia* diria respeito ao erro, ao engano, que caracteriza a ação de todo herói trágico. Para Lacan, na tragédia Antígona, a *hamartia* diria respeito apenas a Creonte, que guiado pela razão, lançou-se a querer governar em um campo avesso às leis escritas, alheio às leis da cidade. Desde a posição de Antígona, não se trataria da *hamartia*, mas da *ate*. Uma posição, onde o destino de uma vida articula-se com uma morte certa, uma morte vivida de maneira antecipada: *segunda morte*, nos termos de Lacan.

³³ Retorna aqui o ponto trabalhado no capítulo sobre a experiência (cf. 2), nos conceitos de *unheimlich* em Freud ([1919] 2003) e de *hospitalidade* em Derrida (2003): uma fronteira *entredois* que abre a possibilidade de um terceiro espaço.

A figura da *segunda morte* diz do limite entre o que se sabe e a impossibilidade do saber. Há uma distância entre desconsiderar esse limite ou sustentá-lo, fazendo dele a possibilidade de produção do novo. Antígona sustenta esse limite diante da posição de Creonte e o faz lançando-se para além dele. Ali onde a fronteira se expande e desenha uma zona, nomeada por Lacan como um *entre-duas-mortes*, região onde a morte invade a vida, onde a alteridade atravessa a existência, onde há lugar para uma *ate*, cegueira da razão. A região que aí se delinea, para Lacan, tem uma função singular no efeito da tragédia.

Da leitura lacaniana da tragédia *Antígona*, depreendem-se duas possíveis tomadas do questionamento ético. Uma, que confere centralidade ao não saber e dá lugar à invenção em ato de um modo de se conduzir no campo do vivido, a partir de uma posição singular no laço ao Outro. E outra, que coloca um bem pré-concebido, universal e absoluto no centro do mesmo questionamento. Bem que garantiria substancialidade, coerência e adequação à identidade do sujeito. A perspectiva psicanalítica se inscreve na primeira vertente que enunciamos, apostando na emergência do sujeito como efeito (do ato, da invenção, da apropriação do vivido), num *entredois* que desenha um lugar terceiro.

3.3 PERSONAGENS E SUAS HISTÓRIAS:

A formação em cena

A partir de agora, são trabalhadas as entrevistas, realizadas com os residentes, através dos interrogantes que nos levaram à realização da pesquisa. Para lembrar alguns deles: que experiências os dispositivos de formação criados têm oportunizado aos residentes? Que tensionamentos, estranhamentos e interrogações suscitam e como eles emergem? Que efeitos essa experiência tem produzido nos modos de pensar-experimentar o trabalho? E, por fim, que invenções aparecem? Apresentaremos os percursos dos entrevistados pelo campo de vivências da residência, a partir de fragmentos das suas narrativas. Escolhemos inserir neste capítulo as histórias de formação contadas pelos residentes, na medida em que a ética abre um campo de reflexão sobre as ações, ou ainda, porque as ações implicam um juízo, mesmo que implícito (LACAN, [1959-60] 1997). Pensamos que se o questionamento ético se endereça ao modo pelo qual o indivíduo se conduz na relação com o outro e consigo mesmo seria oportuno

trazer aqui a reflexão dos profissionais em formação sobre suas ações e seus modos de relação ao outro, para dar andamento a nossa problematização acerca da ética no campo da formação e da clínica.

Não temos a intenção, de maneira alguma, de produzir um discurso de alcance universal em relação aos modos de trabalhar em saúde. Buscamos, por outro lado, dar visibilidade à singularidade dos sujeitos, como o que pode produzir distintos modos de trabalhar em saúde mental e, como consequência, abrir possibilidades de trabalho, provisórias e incompletas, para o campo da atenção em saúde. Ao sublinhar a dimensão da singularidade estamos, simultaneamente, descartando de nossa forma de abordar as narrativas dos entrevistados, qualquer tipo de análise que coloque em evidência a individualidade. Não estamos interessados no drama individual, na história biográfica, nem em uma suposta explicação da gênese das identidades profissionais. Nosso interesse diz respeito à produção de lugares subjetivos que reverberaram da experiência: ali onde um estilo aparece como efeito de uma produção e indica o lugar do sujeito. Indica um lugar, mas não explica sua condição, nem revela seu significado último. Queremos dizer com isso que, em nossa análise, não buscamos na história do indivíduo uma forma de explicar suas produções; mas sim buscamos as produções e seus efeitos de re-configuração do lugar do sujeito e de construção de histórias.

Já que se trata aqui de empreender, de certo modo, um trabalho interpretativo (por mais que a palavra não me agrade por todos os equívocos a que ela pode levar, por exemplo, quando é pensada como revelação de uma verdade oculta), a partir das narrativas dos entrevistados, é preciso dizer como concebemos a interpretação. Para tal, nos remeteremos a Lacan ([1954-55] 1987), quando ele discute a questão da interpretação do desejo: “não se trata de reconhecer algo que estaria aí, já dado, pronto para ser cooptado. Ao nomeá-lo, o sujeito cria, faz surgir uma nova presença no mundo. Ele introduz a presença como tal e, da mesma feita, cava a ausência como tal. É apenas nesse nível que a ação da interpretação é concebível” (LACAN, [1954-55] 1987, p. 287). Porém é importante lembrar que não se trata nessa criação de sentido de algo que ocorre livremente, ou seja, que se poderia atribuir qualquer sentido às palavras do sujeito. Trata-se de uma construção que acontece condicionada pelo laço estabelecido entre os sujeitos em questão (no caso, entre a pesquisadora e cada residente), condicionada pela transferência. É a configuração desse laço que abre as possibilidades para a construção de sentidos.

Das treze entrevistas realizadas com os residentes, escolhemos seis para trazer aqui. Não que as demais estejam excluídas do relato. Elas pulsam no texto, ainda que sem nome

próprio. Acerca dessas escolhas, é preciso dizer que procuramos trazer para a discussão aquelas que pareceram representativas da diversidade de elementos com os quais nos encontramos no encaminhamento das perguntas de pesquisa. O enredo das narrativas foi, sem dúvida, decisivo no momento de fazer tais escolhas, embora a forma como elas aconteceram, o rumo que tomaram e as sensações que suscitaram talvez tenham direcionado o recorte feito, mais do que se possa dizer. Um enredo ou história não é algo morto, sempre vem carregado de intensidades. Como dizer delas? Transformar as intensidades em letras não é nada fácil. Talvez elas se traduzam melhor nas formas narrativas do que no sentido das palavras. É pensando nisso que apresentamos o material das entrevistas, dando uma atenção especial às formas de contar, e não somente ao conteúdo narrado.

Algumas entrevistas chamaram especialmente a atenção pelo modo como os entrevistados recebiam e respondiam as questões: entusiasmados com a idéia de contarem suas descobertas. Esse entusiasmo se fazia sentir, assim como se faziam sentir outros afetos: na sonoridade das vozes, nos ritmos das narrativas, nos silêncios que irrompiam na falta de palavras. A intensidade dos afetos que acompanharam os relatos talvez tenha se presentificado, principalmente, porque as perguntas não eram apenas sobre o que eles pensavam acerca da experiência. Eram um convite a contar o que estavam vivenciando, a trazerem cenas, a darem exemplos, a narrarem histórias: seus percursos e percalços. Nesse sentido, em algumas entrevistas, esse “entusiasmo por contar” foi substituído por um tom tenso, que, por hora, fazia pensar na necessidade de abandonarmos algumas perguntas.

As entrevistas menos entusiasmadas, também terão lugar aqui, pois nos parecem bastante ricas para a discussão a que nos propomos. Entre elas, houve aquelas em que ganhou intensidade uma angústia por não lembrar – por não lembrar experiências para contar. Mais do que uma história, traziam a reflexão: a “moral da história”. Houve outras em que a angústia por lembrar é que irrompeu: por lembrar apenas experiências com desfecho doloroso. Chamou-me também atenção relatos sem entusiasmo e sem angústia. E, talvez não por coincidência, nessas narrativas, não se percebia quase reticências, pausas ou interrogações. Elas tinham um tom *happy end*. Infelizmente, essas nós não poderemos trazer, pois, coincidentemente ou não, seus protagonistas acabaram optando por não realizar a segunda etapa da pesquisa (momento segundo de entrevistas). Nesse sentido, na escolha das entrevistas, privilegiamos aquelas que aconteceram em dois tempos, mantendo nossa idéia inicial de colocar em questão o efeito de um intervalo.

Houve ainda entrevistas em que foi possível escutar algo sobre o efeito da experiência de narrar. Pensamos que estas não poderiam ficar fora. Ao final de algumas delas, seguiram-se comentários do tipo: *aquela pergunta sobre como eu mais aprendo eu vou ter que pensar mais pra responder. Nunca tinha parado pra pensar nisso. Posso te procurar outro dia pra dizer o que mais eu pensei? Ou: queria te agradecer, foi muito legal. Faz a gente pensar, faz a gente refletir. O fato da gente falar faz a gente repensar tudo que viveu. Chega a dar meio que uma emoção. Ainda: acho que era isso. Falei mais do que eu tinha pensado em falar.*

É difícil escrever sobre o percurso de uma pessoa, pois não é possível incluir tudo o que ela diz, transmite. Buscamos escrever sobre um traço de cada entrevista que consideramos colocar questões importantes para a formação dos profissionais de saúde e, mais especificamente, para as práticas em saúde mental. Desse modo, como já referimos, tivemos o cuidado de não produzir um meta-discurso, investindo no formato de um diálogo com os fragmentos de narrativa escolhidos. Um diálogo guiado pelo percurso teórico que fizemos até aqui. Nesse sentido, o foco foi mesmo naquilo que pensamos que a experiência de cada um poderia contribuir para uma reflexão acerca da formação e do trabalho em saúde.

Assim, além de dar um outro nome para cada entrevistado, lhes nomeamos também com uma palavra que apontava para outro fazer que não o de sua profissão. Ou ainda, para um fazer de fora do campo da saúde. Produzimos essa outra nomeação buscando criar uma figura, um personagem, que dissesse da construção de uma posição singular e apontasse para a produção de um estilo. Após a construção desses diálogos, a partir dos percursos singulares narrados pelos residentes, lhes enviamos o que havia sido escrito. Cada um dos seis entrevistados, cujas trajetórias são apresentadas no próximo capítulo, teve acesso ao texto que, através de nosso olhar/escuta, conta aqui “sua história”. Alguns sugeriram pequenas alterações, fizeram comentários e todos permitiram a inserção dos escritos neste trabalho.

Dos comentários realizados destaco alguns: *Como é esta técnica que vc usou para transcrever este texto? É alguma técnica de análise de dados em pesquisa qualitativa? Isto me interessa, pois a minha pesquisa também é qualitativa (...) O caso do Paulo está tendo um desfecho bem interessante, diferente do que eu imaginava na nossa última entrevista. Se isto for importante para ti, posso te passar alguns detalhes. Ou ainda: Fiquei pensando que moro no mundo da lua, no início, mas depois concordei com a construção da astronauta. Ela reflete muito da viagem pelos novos mundos... E isso é muito rico pra mim.* De forma geral, os comentários situaram estranhamentos e reconhecimentos, que possibilitaram o seguimento do diálogo com alguns dos entrevistados, seja em relação às vivências narradas, seja em

referência a questões teóricas e metodológicas da pesquisa e do trabalho em saúde. Nesse sentido, não é excessivo reafirmar que o material apresentado a seguir é resultado de uma construção *entre* pesquisadora e cada um dos entrevistados: é efeito de laços que se fizeram possíveis.

Seguem então alguns personagens – suas peripécias, seus dilemas e invenções – criados a partir dos residentes entrevistados. Tratam-se de personagens e suas histórias verdadeiras. Histórias verdadeiras de médicos *filósofos* e *maestros*, terapeutas *alquimistas*, dentistas *astronautas*, psicólogos *arquitetos* e *artistas*³⁴. Verdadeiras, pois são feitas da única forma de verdade que se poderia produzir: a verdade em forma de ficção. Assim sendo, lhes conto o que me contaram e esperemos que essas histórias nos ensinem algo sobre como se produz um modo singular de trabalhar em saúde.

3.3.1 O Filósofo

Rafael começou a carreira de médico longe do hospital. Foi num projeto... Como é que era mesmo o nome do projeto?

Eu fiz um projeto que eu acho que foi a coisa mais legal que eu fiz em toda a faculdade. E foi interessante porque foi no primeiro semestre da faculdade. Eu não tava nem em cadeira clínica ainda, não era efetivamente medicina. Que foi um projeto chamado... como é que era o nome daquele projeto? Tinha o rural e tinha o urbano. Eu fiz os dois. Fiz o rural em julho de 99 e depois fiz o urbano em janeiro de 2000. Era o projeto convivência, projeto convivência.

Foi conviver num Centro de Ensino Supletivo na zona rural do Rio Grande do Sul com um grupo de jovens que tinham cometido algum delito e estavam cumprindo medida sócio-educativa. Acompanharam Rafael *dois estudantes de medicina do nono semestre, uma estudante de letras, dois estudantes de agronomia, um estudante de filosofia, estudante da geografia, estudante das ciências sociais e duas estudantes de pedagogia*. A idéia era levar um pouco do conhecimento de cada área para os que lá estavam.

³⁴ Os fazeres que utilizamos, como outra forma de nomear os entrevistados, foram escolhidas logo após a primeira etapa de entrevistas. A única nomeação escolhida após a segunda etapa de entrevistas foi a da alquimista.

E essa experiência foi muito marcante pra mim, porque eu desenvolvi um trabalho lá com um estudante de filosofia, que já era meu amigo da época de colégio, depois ele entrou na filosofia, e a gente fez esse projeto junto. A gente fez um trabalho com eles de interpretação das charges do Quino. Sabe o Quino? Que é o cara que criou a Mafalda, mas ele tem uma série de outras charges de cunho político social muito forte. Então a gente fez o trabalho. E o trabalho que era pra ser de quarenta minutos durou quatro horas. Foi uma coisa muito boa. A gente foi elogiado por toda a equipe. E a possibilidade de eu, sob o respaldo da medicina, fazer um trabalho muito mais abrangente, isso aí me tocou assim que eu nunca mais esqueci.

Para o estudante de medicina, amigo de filósofo, o contato com uma comunidade, ou melhor, um trabalho numa comunidade, começava a ter um gosto especial. E poder fazer, sob o respaldo da medicina, algo mais amplo, com um cunho político-social, o tocou de maneira que ele nunca mais esqueceu. Mais tarde, formado, ele estava às voltas com escolher sua especialidade. *E aí eu comecei a pensar na possibilidade de exercer a medicina, mas ter tempo pra mim também.* Foi então que ele conversou com um professor, preceptor da residência em saúde da família e comunidade. *Ele me incentivou. Ele achava que eu tinha o perfil.* E a escolha se fez por aí: tempo, perfil.

Chegando na Unidade Básica de Saúde, Rafael se sentiu meio deslocado. Demorou pra se sentir membro da equipe. Ficou *um pouco frustrado* por não conseguir organizar seus horários de uma forma que pudesse fazer mais trabalhos fora da unidade. Entrou na rotina dos atendimentos em consultório. Aparecia gente com pneumonia, com dor de garganta, até uma senhora que nem era da área de cobertura do posto, que nem deveria ser atendida, afinal, a demanda da área já era bastante grande. Mas não teve jeito! A tal senhora estava num estágio avançado de câncer e precisava de um encaminhamento para o oncologista. Aquela história *doeu* no jovem médico e ele não teve como negar a consulta. O fato é que ele não tinha tempo pra quase nada que não fosse o ambulatório e as aulas da residência. Ir à *reunião de discussão de casos complicados*, que exigem um trabalho em equipe, estava no horizonte, mas nunca dava.

Lá na equipe a gente montou, fez um espaço pra isso, discussão de casos complicados, na quinta-feira. Uma quinta sim uma não porque a sala é usada de quinze em quinze dias pelo conselho local. Então quando a sala não é usada pelo conselho local tem esse espaço pra discussão de casos complicados, mas esse espaço não foi bem aproveitado. A gente teve uns três ou quatro casos assim e depois não teve mais. E eu não participei de nenhum deles.

Uma dúvida lhe acompanhava. *Eu fico em dúvida, se isso é porque eu não consegui me organizar ou se realmente a residência está organizada de uma forma muito louca assim, que realmente não dá pra gente fazer.* As dúvidas eram suas fiéis companheiras. E traduzidas em perguntas, elas deram o tom à narrativa do jovem médico na entrevista. Uma narrativa ensaísta, já que Rafael tomava as perguntas emergentes no trabalho como questões para sua vida e vice-versa. Seu estilo de contar era mesmo filosófico: incluía o detalhe, a narração das sensações vividas e o pensamento espontâneo sobre o que era dito. Era como se ele incluísse sua experiência enquanto médico residente numa pesquisa maior. Talvez uma pesquisa sobre a vida.

Entre uma pneumonia e uma dor de garganta, o que lhe aparece? A agente comunitária, ao fazer o cadastramento das famílias que moram na área de abrangência da unidade, descobre uma família com condições de vida e saúde preocupantes. *Chocantes.*

É uma família que não incomoda ninguém porque todos os integrantes nunca saem de casa, só tem um integrante que sai de casa, todos as outras pessoas ficam permanentemente, vinte e quatro horas por dia em casa. E se descobriu que tem um rapaz, o Paulo, que ele não sai de casa desde os quinze anos. Ele está com vinte. Tem uma história psiquiátrica muito forte. A irmã dele tem o mesmo caso. Eles têm um problema muito sério, eles acumulam cachorros da rua. Então eles têm uns cinqüenta cachorros numa área de não mais do que cinco metros quadrados, seis metros quadrados. O que inviabiliza uma abordagem da família ao Paulo, que parece que é a pessoa mais doente que tem na família. Outro fato que chama atenção é que com toda essa doença que tem né – também tem a questão do pai, mas o pai é uma pessoa que a gente não tem muito contato com a história dele – tem duas pessoas da família que saíram bem saudáveis. E é uma coisa interessante né. Como é que esses pais criaram pessoas bem saudáveis e ao mesmo tempo pessoas tão doentes?

Cinco anos sem sair de casa, convivendo com cachorros? Como que essa doença da convivência aparece? Rafael ficou *chocado* com aquela história e foi até a casa da família pra ver o que era possível fazer.

Eu cheguei lá na família, conheci a mãe de todo mundo e pedi ingenuamente pra ver o rapaz, obviamente ela não deixou, disse que ele não ia deixar e ficamos de voltar outro dia. Voltamos outro dia, pedi novamente pra ver o rapaz, novamente ela não deixou. Aí no terceiro encontro de tanto a gente insistir ela deixou a gente entrar na casa da frente e o que me tocou muito, inicialmente, na casa, são três casas, que é uma casa cheia de lixo, em mau estado de conservação, mas é uma casa que um dia foi muito bonita, porque é uma casa de madeira antiga, com o pé direito alto, que tem uma varanda toda trabalhada de madeira, com um pátio no meio e um canteirinho no centro. O muro da casa da frente é um muro todo bonito, antigo também. Então me chocou ver uma coisa que um dia foi muito bonita e estruturada e virou um caos. Isso de cara me tocou. Aí entrando na casa fiquei muito

chocado com a livre circulação de cachorros pulgentos pela casa. Fiquei chocado, a casa com cheiro ruim, cheiro de animal. Aí comecei a conversar com ela e logo em seguida veio o pai do rapaz que é marido dela e aí me contaram a história deles. Que essa senhora, ela perdeu os pais muito cedo e os pais dele pegaram ela pra criar pra ela casar com ele. E ela nitidamente revoltada com esse fato. Não dizia isso em palavras, mas ela... E é interessante que contrastando com todo o cenário da casa tinha, tem um quadro enorme na casa, que é o quadro do casamento deles. Ele, um cara robusto, sorridente e ela com cara triste já ali. Toda bonita de noiva, mas triste, uma face... Então esse foi o último contato que eu tive até um certo momento. Aí depois eu fiquei assim uns três meses sem ter contato nenhum...

Depois de tanto insistir para entrar na casa, o médico filósofo não podia imaginar o que iria encontrar. Não alcança o objetivo de chegar até Paulo, mas inicia uma aproximação à família. É notável o esforço que Rafael faz para contar a cena que presenciou. A casa em detalhes, as faces, os cheiros. Ele escuta a história do casal e um pouco daquele universo estranho passa a fazer sentido. Algo começa a ganhar moldura. Um quadro na parede, uma face triste. Depois, foi preciso tempo: *uns três meses sem ter contato nenhum... Aí veio a notícia dos cachorros, parece que um vizinho reclamou dos cachorros e tal e a gente voltou a ter contato.* Rafael toma a decisão de voltar à casa, com a ajuda de uma das irmãs “sadias” de Paulo. Estava mesmo decidido a fazer algo, embora não soubesse exatamente o quê.

...ela me convidou pra conhecer a casa dela, que é no terreno do lado. E eu fui e meti a cabeça ali pra dentro pra ver a casa do lado. Nunca ninguém viu essa casa, a casa fechada a sete chaves. E é o quadro da dor. Uma coisa assim... a questão dos cachorros né, foi daí que eu vi então uma área assim um pouquinho menor que essa sala com uns trinta, trinta e cinco cachorros no mínimo, mais os que estavam na frente deve fechar essa conta. E aí eu conversei, dialoguei com essa irmã que é que nem ele. E é interessante que essa irmã há muito tempo não saía de casa também e ela me sugeriu... me apresentei pra ela assim pelo muro né “tudo bem? Meu nome é Rafael, sou médico” “ah tudo bem, eu sou a Paula” e ela me sugeriu de ir conversar comigo lá na frente e ela foi pra rua e fazia muito tempo que ela não ia pra rua. E aí convidei ela pra ir no posto e tal, mas ela no fim não veio, não quis ir.

Mas fazia anos que ela não saía de casa? E saiu pra falar contigo?

É... saiu pra rua uma vez. (...) Nunca ninguém tinha visto o pátio dessa casa, era tudo mito, os cachorros são mito, o rapaz é mito, na verdade ninguém sabe se o rapaz está vivo, são coisas que falam.

Rafael encontrou uma forma de fazer algo. *Meteu a cabeça ali pra dentro e... o quadro da dor!* Como se pinta o quadro da dor? Imagens que não encontram palavras. Conversou com a menina Paula, a que era como o irmão Paulo. Pelo que conta o filósofo,

Paula o surpreendeu pela receptividade. Saiu de casa! Mas parece que o médico não reconheceu isso como um efeito importante do seu ato. *Ela não aceitou meu convite*, diz, referindo-se ao convite de ir ao posto. Sempre há outro convite dentro de um convite: um desejado, o outro possível!

Pois é... o meu primeiro sentimento foi impotência. Esse foi um caso que fez eu me dar conta que existem certas coisas que a abordagem não é tão simples quanto pressão alta e pneumonia. Foi um dos casos que abriu a minha visão pro fato de que tem coisas mais complexas do que coração e pressão, sabe? E eu me senti impotente, totalmente sem ferramentas pra saber o que fazer. Então eu não sabia o que fazer. As únicas opções que me vinham na cabeça eram opções autoritárias. “Ah, vou chamar a polícia pra entrar a força, pra ver o guri a força”. Ou então coisa do tipo assim “não tem conversa, a gente tem que entrar aí e não tem papo”. Foi o que a minha ferramenta me permitiu pensar na hora, mas no fundinho eu imaginava que essa não era a coisa mais adequada a fazer.

O filósofo seguiu pensando, pensando no que fazer. A esta altura, parece que já se sentia bem parte da equipe, podia compartilhar suas dúvidas.

Acho que a coisa mais interessante é ver que existem intervenções que não partem exclusivamente de dentro do meu consultório, comigo sendo o agente interventor ali, sabe? Tem soluções que precisam de outras cabeças pensantes na prática, assim né, de fato precisam. Eu nunca imaginei, se me dissessem na faculdade assim “olha Rafael, futuramente vai ter um caso que pra tu resolver tu vai precisar de uma assistente social, de uma psicóloga e do centro de zoonoses”. Eu não ia acreditar, porque o meu modelo era: o paciente entra, eu resolvo, o paciente entra, eu resolvo.

(...)

E aí então a gente começou a função com o centro de zoonoses pra dar um jeito nesses cachorros pra gente poder acessar o rapaz. E a gente encontrou muita resistência dela, da Liliana, da mãe. E aí eu entrevistei a Liliana junto com a assistente social e ficou muito interessante porque apareceu uma coisa que ainda não tinha aparecido, que o marido dela é uma pessoa super autoritária, que ele manda em tudo, que ela não tem a menor voz. Só que ela tem poder sobre os cachorros. Então ele manda ela se desfazer dos cachorros, ele odeia os cachorros e ela bate o pé que “dos cachorros eu não me desfaço”. E agora chega o posto querendo tirar os cachorros dela né, então parece que os cachorros é a fonte... assim... não sei como dizer, é como se fosse uma resistência dela. Ela tem alguma coisa em que ela manda e daquilo ela não abre mão, independentemente das repercussões sobre a saúde familiar que aquilo tenha. E a gente quer se desfazer dos cachorros pra poder acessar o rapaz lá no fundo que é o mais doente de todos, então isso gerou um reboliço.

A presença dos cachorros começa a entrar na leitura que o médico filósofo faz da situação familiar. Os cachorros eram a voz da mãe de todos, da *noiva triste* do *quadro na parede* da casa *bonita* que virou *caos*. Como dar lugar para essa voz sem a presença dos cachorros? Também começa a entrar na narrativa uma certa reflexão sobre o impacto da experiência. Passado um pouco o susto, Rafael se pensa, através do trabalho e o pensa, através de si mesmo. Mais perguntas.

E eu acho que uma coisa que fez com que a gente se afastasse, eu é que estava encabeçando o caso no início, foi o fato de que eu larguei de mão. Porque eu precisei flexibilizar um pouco pra ver que não é por aí. Não é assim entrar a força na casa dele. Então acho que o principal sentimento foi esse, sabe? Como abordar essa família? Quais são os problemas dessa família? Até onde vai o meu papel? Ou até onde vai o papel do posto? Até que ponto o posto tem que intervir ou até que ponto isso é a história de uma família e a gente não deve intervir porque são pessoas enfim? Essa fronteira é uma fronteira muito nebulosa pra mim. Então foi isso que me tocou muito assim, sabe? E aí o tempo passou um pouco, eu tive outras experiências de casos psicossociais mais complicados, mas nem tanto, e eu acho que eu consegui flexibilizar isso ao longo do tempo. Então eu não acho que a gente tenha que entrar a força pra abordar o guri a força, mas eu acho que a gente pode começar por pequenas coisas que a gente não abre mão, por exemplo, a questão dos cachorros. Então eu ainda não sei... ainda me sinto impotente frente ao caso, mas acho que a gente fazendo pequenas coisas a gente vai conseguir ao longo da abordagem ter um norte assim. Não sei se ficou claro?

Pequenas coisas, mais tempo. Que coisas? Quanto tempo?

Acho que administração do tempo é o principal fator estressor pra mim no momento. (...) Acho que é uma questão de prática. Se eu, por exemplo, transportar a minha experiência com pacientes com infecção de garganta pra pacientes psicossociais, eu acho que dá. Por exemplo, um infecção de garganta, eu consigo fazer um diagnóstico se precisa de antibiótico ou não em menos de dez minutos, porque eu tenho experiência nisso, já estudei várias vezes. Então à medida que eu vou tendo mais experiência em casos assim psicossociais eu acho que eu vou ir diminuindo o tempo de abordagem e com uma abordagem mais eficaz. Eu acho, eu imagino.

Será que é possível administrar assim o tempo? E a atividade lá no *Convivência* que era pra durar quarenta minutos e durou 4 horas? Essa questão do tempo é mesmo um problema a ensaiar. Quando é tempo de voltar à *casa de pé direito alto*, que de *bonita* virou *caos*? Qual tempo de *Paulos e Paulas*? De *noivas tristes*?

É eu penso muito nisso. (...) Fico pensando assim de onde é que vem esse meu conceito de tempo, porque eu não estou acostumado com coisas que pra se concretizarem

demoram muito tempo. Não estou acostumado com isso. Isso requer uma habilidade que é a paciência. Então eu fico muito perdido assim nessa coisa “ah eu preciso de paciência pra poder dar tempo ao tempo”, mas por outro lado, “qual a quantidade de paciência adequada?” Será que se eu for muito paciente eu não vou estar deixando me passar por alguma coisa que eu deveria estar atuando com urgência? Então fica um dilema sem solução assim, mas que o tempo que eu tive pra mim me fez enxergar isso de uma forma melhor. Eu acho que eu vou ficar muito feliz se ao final da residência eu conseguir desenvolver essa questão do tempo. Assim, que tipo de abordagem requer tal tempo? Ter um caso e dizer “ah eu acho que isso tipo de caso vai aí uns seis meses de conversa” ou “pô, eu acho que esse caso tem que ser hoje”. Eu espero desenvolver isso até o fim da residência.

Qual tempo da urgência? Da emergência? Da resolução? De quem é a emergência?
Qual tempo pra mim?

Então uma coisa que eu quero aprender com a residência é me dar de corpo e alma, conseguir me dar de corpo e alma pra mais de uma coisa ao mesmo tempo. Isso eu espero pelo menos começar a desenvolver. (...) Talvez um dia eu me dê conta que isso não é possível, sei lá. Talvez seja isso.

Como era antevisto pela pesquisa, demos um tempo. Após seis meses, o reencontro para segunda entrevista, que inicia com um relato de Rafael sobre uma mudança no seu trabalho de conclusão da residência: *a pesquisa mudou de nome.*

O nome anterior era saúde ocupacional do médico de família. Eu tinha pensado nesse nome porque... como é que eu vou dizer? Por que a minha idéia é abordar fatores gratificantes e fatores estressores da profissão. Então por isso que o nome é saúde ocupacional do médico de família. Mas depois, lendo mais sobre o assunto, como a saúde ocupacional, ela não tá desinserida da saúde global do médico, né. Tudo se intercambia ali né. O médico leva a saúde do trabalho pra casa. Leva a saúde de casa pro trabalho. É um grande intercâmbio de experiências. Eu achei que o nome mais adequado era Saúde e Trabalho do Médico de Família. (...) Pensando em ter uma visão mais ampla do que é saúde. Talvez isso não esteja muito claro pra mim assim, agora pensando.

A mudança de nome falava do tempo. É o nome que nos diz da permanência e da passagem das coisas. Para Rafael era e não era mais a mesma pesquisa de conclusão: efeito de um tempo de vivências. E é também o nome que faz do vivido uma história para contar e dessa história coisa sempre nova. Por falar em história, o que será que o médico ensaísta tem para contar na segunda entrevista?

Tem umas coisas bem importantes que tão acontecendo assim. Ao longo do ano passado todo, olhando retrospectivamente, eu acho que a minha residência do primeiro ano não foi de fato uma residência de medicina de família. Eu acho que eu fiquei muito restrito ao consultório, a casos clínicos. (...) Então eu comecei a ver mais a necessidade de ver como é que o posto funciona como equipe. Da onde é que vem as decisões que a gente acata e tal.

Então eu comecei a ficar mais atento pra essas coisas, sabe? Assim, ler um pouco mais sobre leis, ver como é que é o funcionamento da saúde fora assim dessa coisa médica. A partir de abril, de início de abril, na verdade, que caiu como uma luva o meu estágio de gerenciamento, né. Então agora nessa uma semana, que eu to recém começando, já foi muito proveitoso, porque eu to aberto pra isso assim. Acho que essa foi a principal mudança, abrir o olhar pra outras coisas que não é só as portas do consultório.

O filósofo fez movimentos no tempo. Da clínica de consultório para a abordagem de famílias na comunidade. Daí para o recurso à equipe, que o trasladou a uma reflexão em torno do funcionamento da mesma. De volta ao consultório, a pergunta pelas leis, pelo gerenciamento.

Rafael fala de sua preocupação com a dificuldade de relacionamento entre a equipe de saúde e a comunidade. Referiu que essa questão ganhou espaço para ser trabalhada em equipe e que sua participação, através do estágio de gerenciamento, foi importante para que isso acontecesse. Em plena experiência no gerenciamento, o médico residente se dedica à tarefa de organizar a equipe em pequenos grupos que irão pensar ações para dar conta do problema de relacionamento com a comunidade. Segundo Rafael, *existe uma certa cultura de que a comunidade nunca vem em peso, sempre tem vinte pessoas, vinte e cinco pessoas para as reuniões com a equipe do posto. Reflete o filósofo: talvez isso não seja mera coincidência com o fato de que quando a equipe tem um problema pra resolver, sempre dois se comprometem, quatro se comprometem e a equipe tem mais quarenta. Então é um problema parecido da equipe com o posto.* Um espelhamento.

Rafael tem se dedicado também à tarefa de retomar *o espaço de discussão de casos complicados*, agora educação continuada. *Ano passado foi difícil por causa da desunião da equipe né. Esse ano tem ido bastante gente, na última foi umas quinze pessoas. Talvez porque eu enchi o saco das pessoas, falei umas duas ou três vezes nas reuniões. Eu me surpreendi! Achei ótimo!*

Vai-e-vens de perguntas no tempo. Vai-e-vens de filósofo.

A retomada do espaço de discussão foi, de certa forma, o *(des)fecho* de uma história ainda aberta: *a história da casa de pé direito alto.*

Essa história teve dois desfechos. Teve o meu desfecho assim e teve o desfecho da família. O desfecho da família foi que o caso não foi adiante assim. A gente ficou muito tempo sem retomar o caso e a gente retomou o caso há duas semanas atrás. Eu e a Vania, que é a assistente social. Novamente o caso tá parado, a família não se mexeu pra tomar as

providências, não fizeram nada pra tirar os cachorros de lá. Aí a gente falou que a gente vai acionar a vigilância sanitária pra retirar os cachorros. E eu vou preparar o caso pra apresentar na equipe. Eu não preparei ainda, porque eu preparei outro que foi apresentado, na semana passada, mas esse caso é o próximo que vai ser apresentado. Isso é uma coisa que eu to organizando agora. (...) É pra exercitar assim esse momento né, pra exercitar a discussão na equipe, a discussão de casos complicados.

Não há aqui também um certo espelhamento entre a paralisia da família e a paralisia da equipe? Questão a pedir destino para o pensamento do filósofo.

Por fim e uma vez mais Rafael ensaia.

E eu vejo que existe um discurso ou uma tendência de achar que o mais importante não é a bagagem pessoal, o mais importante é a administração, a gestão. Isso até eu vi agora, eu fiz umas entrevistas preliminares na minha pesquisa e eu vi que existe uma tendência de achar que a culpa é do gestor. (...) Então foi muito rica a entrevista com ela (médica de um PSF da Prefeitura de POA, entrevistada por Rafael para sua pesquisa). E ela me trouxe algumas coisas, uma delas foi essa de que, claro que eu não falei isso pra ela, mas no discurso dela ficava nítido que se o gestor tomar rumo na vida, o trabalho dela tá garantido. Então, ela acha que um dos principais fatores que influencia a saúde do médico e das pessoas que trabalham no posto de saúde é a questão da violência nas unidades de saúde hoje em dia. Fora outras coisas assim, que já são mais comuns, mais antigas. O excesso de demanda. A exigência de um horário pra educação continuada. A exigência de um horário pra que os médicos debatam seu ambiente de trabalho. Tudo ela tá reivindicando junto à Prefeitura. Agora, eu perguntei pra ela “mas Fulana, se o gestor atender todas as reivindicações de vocês, como é que fica o trabalho?” “Ah, daí fica ótimo, daí nada a reclamar, aí fica perfeito”. Só que aí ela negligenciou ela, ela negligenciou as dificuldades dela com o contato humano, a dificuldade dela em eventualmente abordar um caso difícil. Ela acha que se o gestor der rumo na vida o trabalho dela tá garantido, mas isso bate com a minha experiência curta, enfim, poucos anos de formado, mas bate né. Eu consigo me adaptar melhor às dificuldades que o gestor impõe. Mas eu me inquieto muito mais com as dificuldades de abordagem à pessoa que tá na minha frente. Eu tenho essa tendência oposta. Então é isso assim. Eu to achando que eu vou encontrar nessa pesquisa pessoas que não se perguntam como é que tá a sua abordagem. Entende? Pessoas que pensam que a culpa é do gestor. (...) Eu aprendi a supor uma subjetividade no paciente. Que a pessoa chega com os seus pensamentos, com os seus valores. A pessoa não é uma doença é uma pessoa. Parece óbvio, mas muita gente não pensa assim. Eu acredito que um trabalho de saúde da família e comunidade não é um médico carrancudo atendendo num postinho. Dá pra fazer muito mais que isto, mas muito mais.

3.3.2 O Arquiteto

Edson escolheu fazer a residência em saúde mental por tratar-se de uma formação que está *mais perto do que acredita*: os princípios da Reforma Psiquiátrica de *uma saúde mental*

voltada a um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Para ele, sem um trabalho mais próximo às unidades básicas de saúde não é possível efetivar a Reforma. *Isso está se construindo aqui e foi um dos fatores que fez eu vir pra cá, poder participar dessa construção.* Disposto a construir, conta que está participando de um trabalho recém iniciado no CAPS com as unidades básicas de saúde de sua área de abrangência.

Os postos são muito mal estruturados pra saúde mental. Eles acham que saúde mental é somente quem está delirando, quem está em surto psicótico, que esse é o louco, que esse é quem tem a saúde mental abalada. Eles não se dão conta que a Dona Maria, que vai lá três vezes por dia pra medir pressão, com a suas queixas, e que a equipe faz um acolhimento e, por mais que encha o saco, eles conversam com ela, vai a enfermeira, vai o técnico, vai o médico, que isso é saúde mental também. E que isso talvez ligue a Dona Maria ao posto e faça com que ela não surte, com que ela não entre numa depressão e que enfim, se evite de ela vir pra cá. (...) Então a gente pegou os postos que mais nos encaminham pacientes e fomos pessoalmente. Foi interessante porque a reação deles... eles nunca esperavam que a gente fosse lá. Veio uma reação de “que vocês fazem aqui?”, “que vocês querem?”, “estão aqui fiscalizando?”. Foi interessante porque eles começaram a perceber que não era por uma fiscalização. Nem pra ficar julgando “aqui não tem nada” ou dizer que eles tinham que estar estruturados. Grande parte dos postos não tinha psicólogo e o psiquiatra passa por ali um dia determinado da semana. Então, geralmente, existe no senso comum uma idéia de que saúde mental está aliada aos psis. Então se não têm os psis nos postos, não tem saúde mental. Nossa proposta era chamar eles pra conversar pra que a gente pudesse desfazer isso. É responsabilidade nossa, mas também deles. Não é porque eles mandaram pra nós, que eles não tem mais que ver com o paciente. Então a gente está tentando estar vendo com este posto como é que está a família do fulano que está aqui, fulano vai ficar tantos meses, tais dias aqui e se vocês quiserem vir aqui fiquem à vontade. Abrir esse espaço pra eles. Fazer o convite pra que eles possam conhecer o CAPS. Pra que eles possam também ter uma outra concepção de loucura, ver que não é tão diferente da gente quanto se imagina. Não é tão caricatural assim. E talvez isso assuste, por não ser tão diferente.

Com muito entusiasmo o jovem psicólogo afirma a importância de se trabalhar saúde mental não só dentro do CAPS, mas principalmente fora do CAPS. Engajado no projeto de aproximação aos serviços de atenção básica³⁵, Edson aponta para um redimensionar de espaços nas edificações construídas em torno da idéia de saúde e doença mental. Fala em *abrir espaços*, diminuir distâncias. E afirma que as ações em saúde mental *não se confinam aos lugares onde estão os psis*, que uma visita de um serviço a outro pode não ser *fiscalização* e que a *depressão da Dona Maria lá do posto* não necessariamente precisa ir parar no CAPS.

³⁵ As unidades básicas de saúde da área de abrangência do CAPS em que Edson realiza sua formação são, em sua maioria, de responsabilidade da Prefeitura de Porto Alegre. Entre cerca de 25 UBSs, apenas 4 são de responsabilidade do Grupo Hospitalar Conceição. As visitas relatadas pelo residente de psicologia priorizaram as unidades da prefeitura por terem menos estrutura para a tenção em saúde mental.

Para ele, a *responsabilidade* pelos cuidados em saúde mental pode ser compartilhada. Desconstruindo para construir, Edson nos fala de um certo trabalho de arquitetura, em que a loucura passa a ocupar um lugar diferente na rede de saúde e na cena da cidade. *Assusta ver que a loucura não é tão diferente da gente!*

Quando eu cheguei no CAPS uma coisa que me marcou foi a estrutura física: é uma casa com muitas grades. É uma casa que tem grades pelas escadas, grades do lado de fora, grades pelas janelas, grades pelas sacadas, grades por tudo. E quando eu cheguei me dava uma sensação ainda de mini-manicômio. Um manicômio numa casa.

Depois da chegada, mãos à obra!

É interessante porque a gente criou as oficinas, os residentes criam as oficinas que querem. Por exemplo, numa conversa com os pacientes, a gente, eles falaram da idéia de construir algo manualmente. E daí eu e a assistente social propusemos, “quem sabe a gente constrói algo”. A gente foi ver os materiais e a gente decidiu junto fazer uma maquete. Então hoje a gente tem uma oficina de maquetes, que foi fundada por mim e pela assistente social. A idéia foi de um paciente e agora tem um grupo inteiro fazendo uma maquete única.

Nesse relato, duas questões chamam especialmente atenção acerca do modo como se construiu o espaço de oficina: primeiro, que parte de um pedido do paciente, quer dizer, fala de uma escuta; segundo, que Edson empresta seu desejo para efetivar a construção da idéia. *Construir algo com a mão? Uma maquete!* E numa mescla – *a-gente-eles falaram da idéia* – já não se podia localizar num sujeito ou noutro a origem da idéia. Cria-se a oficina de maquete cujos participantes se ocuparão da construção de uma cidade ideal. É o CAPS dentro da cidade e a cidade dentro do CAPS.

Eles resolveram fazer uma cidade ideal. Uma cidade. Primeiramente a gente construiu no pensamento deles como que seria essa cidade, tudo o que teria. Depois a gente passou isso pro papel junto com eles. E depois a gente passou pro desenho, do desenho a gente passou pra maquete. E daí é bem interessante pra eles verem o quanto que a cidade ideal deles é muito próxima da realidade até. E que as coisas que eles gostariam que fosse diferente depende muito deles também. E a gente trabalha só com sucata, então são coisas que eles recolhem, que eles trazem de casa, que vão trabalhando. Então eles construíram uma cidade que tenha praia e a gente acabou trabalhando com eles que parece que... como se a saúde mental... como se a praia lembrasse uma questão de descanso. Uma questão de férias, assim. E que é muito da história deles aqui. Eles chegam no CAPS aqui e a maioria estão em benefício, quase como se realmente eles saíssem da rotina deles e entrassem no CAPS, eles passam o dia inteiro aqui e voltam pra casa de noite. (...) O CAPS é uma praia. A

gente tenta aproximar esses dois mundos da realidade do CAPS com a realidade deles, porque se não eles nunca vão querer sair da praia. Vão querer ficar sempre na praia recebendo o benefício deles, recebendo as coisas... querendo ou não, o CAPS é bastante maternal. A gente dá medicação, a gente dá atendimento, atendimento individual, atendimento grupal, a gente dá oficina, pra maioria dos pacientes a gente dá passagem. Então o CAPS é muito maternal.

Edson descreve o processo de criação: construiu-se em pensamento, traduziu-se para o plano do papel, fez-se o desenho, e do desenho para maquete. Ao contar o modo como a cidade foi ganhando corpo na maquete, o arquiteto *psi* se inclui no processo – *a gente construiu, a gente passou*. No entanto, o estatuto conferido à produção coletiva da oficina é o de uma representação da *realidade deles*, da realidade do outro. Assim, Edson se inclui no processo, mas não se inclui no objeto produzido, pois a cidade ideal é *deles*. Ou melhor, ele se inclui excluindo-se, o que parece um movimento interessante na medida em que há aí um entrar e sair de cena para que os participantes da oficina emirjam como autores da maquete.

Por outro lado, a intervenção segue a direção de interpretar a produção. *A praia é o CAPS*. Essa construção dos coordenadores da oficina a partir da maquete fala de quem? De uma realidade experimentada pelos usuários do serviço ou de uma percepção da instituição acerca dos mesmos? Novamente, as fronteiras entre uma e outra realidade se esmaecem. A idéia de que os pacientes vão para o CAPS para tirar férias da realidade está bastante presente como discurso na instituição. Na mesma linha e ainda mais presente, a de que *o paciente no CAPS tira proveito da sua doença*. O CAPS, segundo Edson, aparece também como o colo da mãe, o berço. As duas imagens (mãe e praia) apontam para um lugar (um dentro) confortável, protegido, tranqüilo. Assim, o psicólogo arquiteto se empenha na tarefa de *tentar mostrar que CAPS não é só aqui dentro. A gente diz “não, tem um mundo lá fora, vamos ver esse mundo então”*.

Outra oficina que a gente criou foi a oficina de fotografia, que não acontece dentro do CAPS. Acontece do lado de fora. A gente vai aos shoppings, a gente vai às praças, a gente vai aos bairros deles, onde eles quiserem pra gente fotografar. Fotografar a realidade deles. É uma maneira de trazer a realidade deles um pouco aqui pro CAPS. (...) A principal função é que muitos deles têm medo, quer ficar no berço, quer ficar aqui no CAPS, quer ficar com a enfermagem. (...) A gente já foi com eles pro centro. É um trabalho difícil, são pacientes que precisam de uma atenção. Na oficina de fotografia nós somos em quatro técnicos que precisamos ter uma atenção grande com eles pra atravessar a rua, pra ir no mercado. Teve paciente que surtou no centro, a gente teve que ter um manejo, a gente não tinha medicação, não tinha nada, então teve que ter uma contensão maior. Mas a gente vê o quanto isso é importante pra eles. São pacientes que chegam com medo e que aos poucos começam a se

libertar, a pegar ônibus. Teve uma paciente que tirou carteira de motorista e a gente acompanhou o processo na oficina.

Edson se coloca na posição de acompanhar os sujeitos a circularem fora, a participarem da vida da cidade. Topa ir conhecer qual é a cidade dos usuários: *os bairros, o que eles quiserem fotografar*. Nesse momento, aparece a especificidade do laço que se estabelece entre o jovem psicólogo e esse outro que, ao circular pela cidade, precisa de tanta atenção, de tanto cuidado. Trata-se de um laço que media a relação do sujeito com o mundo lá fora, que sustenta esse encontro com o fora, que faz disso uma experiência menos assustadora e invasiva. Nesse sentido, chamam atenção as imagens que Edson nos traz: *pegar ônibus, fazer carteira de motorista, atravessar a rua*. A participação de quatro técnicos na atividade também aponta para esse *trabalho difícil* que é acompanhar o outro na produção de possibilidades de circulação pela vida. Ou seja, os técnicos também sustentam sua prática na rede que se tece entre eles como equipe.

Quando nosso psicólogo arquiteto conta o modo como surgiu a idéia da Oficina de Fotografia, novamente ele narra uma cena onde o que se destaca é o laço que faz emergir uma mediação entre dentro e fora, casa e rua, sujeito e cidade.

E um dia, numa dessas caminhadas³⁶, um dos pacientes falou que quando ele ficava em casa, ele ficava lembrando das coisas e que ele tinha feito um desenho da praça onde a gente tinha ido e trouxe o desenho pra nos mostrar. E falou “alguém podia um dia levar uma máquina”. Daí a gente pensou: “bom então vamos levar uma máquina”. Então a gente levou uma máquina minha e, como é uma máquina digital, eles tiram a foto e podem olhar a foto. A gente trabalha as fotos no computador ali. E eles revelam as fotos deles, as fotos que eles querem. A gente manda pela internet mesmo, eles têm que conseguir o dinheiro que é setenta centavos. E é interessante o que eles acabam fazendo com essas fotos. A maioria deles já revelou as fotos e são fotos que não são deles, são de uma paisagem, de alguma coisa que tem na rua. E todos eles acabam colocando num lugar da casa em que é significativo. Ou no quarto, ou na sala, por ter sido eles que tiraram. Isso é muito legal. É gratificante.

Ao longo da entrevista, Edson vai contando a história de um laço entre ele e os usuários e entre ele e o fazer que vai criando, construindo. Conta-nos a história de uma troca de mensagens. Ele lê as mensagens dos pacientes, e endereça as suas. Os pacientes, por sua vez, respondem seja com *o desenho da praça* ou *as fotografias na estante da sala*. Essa

³⁶ Caminhadas semanais coordenadas por uma voluntária no CAPS, professora de educação física, das quais Edson participava junto com os pacientes e outros técnicos.

sensibilidade da escuta me chamava atenção no momento da entrevista, mas me fazia questão o fato de Edson contar a história de um modo bastante explicativo, interpretativo, sem muitos interrogantes. É então que pergunto se houve alguma situação na sua experiência na residência, em que ele se viu em apuros, sem saber o que fazer e, se sim, peço que me conte como foi. Eu não havia usado essa palavra – apuros – em nenhuma outra entrevista, mas é a forma como me ocorreu perguntar a ele.

Quer dizer, quando tu não sabes o que fazer... claro, tu sempre tens uma noção, mas quando se falar em não-saber é porque tu não tem certeza se o que tu vais fazer vai funcionar. Por exemplo, eu tenho uma paciente que surtou, surtou, surtou. Eu não sabia mais o que fazer. Ela chorava, chorava, chorava. Ela dizia que ela estava vendo o mascarado, que o mascarado ia pegar ela. Ela tinha passado por alguns assaltos. E eu não sabia o que fazer com ela. Parou a oficina. Ela estava com um lápis na mão, eu peguei uma folha de papel e disse: “me desenha então o que tu estás vendo”. Coisa que eu nunca aprendi na faculdade. E ela começou a desenhar e começou a se acalmar. Depois que ela desenhou eu pedi pra ela perguntar pro grupo o que o grupo achava, se aquela pessoa era feia, como é que era. E o grupo começou a dar uma devolução pra ela. Não que a pessoa não era feia, que tinha até um rosto bonito. Desde aquele dia, claro que isso não é regra, mas pra ela funcionou, ela não teve mais visões, não teve mais vozes desse cara perseguindo ela. E foi muito mais pelo manejo do grupo, pela continência do grupo do que pela intervenção. E foi uma intervenção que eu não sabia fazer. Se for parar pra pensar, e eu parei depois pra pensar na supervisão porque eu fiz isso, na hora eu não pensei que segundo fulano e cicrano funcionava. Eu fiz porque me deu o feeling e eu fiz e funcionou. Às vezes quando não funciona, o outro técnico tenta outra coisa. Mas geralmente o socorro vem depois. Tu faz e depois tu pensa sobre tu fez. Daí tu vai aprender, vai assimilar. Bom se o que tu fez foi bom pro paciente ou se tu fez por tua causa. E se foi bom daí tu guarda como experiência. Se não foi também guarda. Mas geralmente a gente fala disso em supervisão. Acho que a supervisão é um pouco desse refúgio.

A forma como Edson narra o acontecido *ela surtou, surtou, surtou, eu não sabia o que fazer, ela chorava, chorava, chorava* me faz pensar no impacto que a experiência lhe produziu. Pra dizer dessa intensidade era preciso repetir, repetir, repetir. Espremido no meio de dois blocos – *surtar, chorar* – estava Edson, ele e seu não saber. Combinando alguns elementos da cena – *mascarado, assaltos, lápis e papel na mão* – ele se lança: *me desenha o que tu estás vendo*.

Nessa narrativa, Edson nos fala sobre as condições de produção de um ato. Ele se faz mesmo na impossibilidade da previsão de seu efeito. Não saber é não ter certeza, nos diz, e mesmo assim algo precisa se realizar. Trata-se de algo que se faz em dois tempos *tu faz e depois tu pensa sobre o que tu fez*. A cena contada fala de uma invenção e esta é a temporalidade do inventar. O saber aparece como efeito do ato.

Porém, uma invenção não emerge do nada. O ato de Edson se fez a partir de elementos que o acompanham há algum tempo: a escuta (*me conta sobre esse mascarado*), o desenho ou a superfície do papel como recurso para fazer de um pensamento, aterrorizante e invisível ao outro, um objeto (*desenha ele pra mim*). Objeto do qual se pode falar, ver, pegar (*o que o grupo acha do mascarado?*). Há fragmentos dos trabalhos com a maquete e com as fotografias nesse ato.

Em uma outra cena, algo dessa convocação à invenção aparece novamente.

Uma cena que eu me lembro marcante foi numa das oficinas que eu participei em que o paciente começou num delírio bastante forte, ele era bastante grave, um esquizofrênico, em que ele começava... tu vias que ele estava conversando com alguém e ele baixou as calças e tirou a roupa no meio da oficina. Quem estava era eu e a técnica de enfermagem. E aquilo dali foi comigo... bom talvez eu precisasse fazer alguma coisa e que a faculdade não tinha me ensinado o que fazer nesse momento. (...) Mas foi bem difícil porque nisso os outros pacientes ficaram bastante chocados e aí eu vi assim que ali eles já tinham me mandado a mensagem que eu ia ter que aprender tudo de novo. Foi aí que eu vi que a clínica de quatro paredes, de divã não funciona. Eu ia passar por samambaia. Aqui ia ter que ser diferente, talvez eles iriam me ensinar como fazer.

Edson nos conta as intempéries de uma prática que convoca o profissional como sujeito. *Não dá pra ser samambaia*. E esse sujeito lê as mensagens do outro: *ia ter que aprender tudo de novo, eles iam ter que me ensinar*. Aí o lugar do saber se desloca. É a pessoa atendida que ensina. Na seqüência do relato, após a narração das cenas, começam a aparecer mais referências à equipe e à dificuldade do trabalho em conjunto.

Acho que o maior choque foi esse, de ter certeza que nem sempre tu sabes fazer. E que às vezes tu vais ter que construir esse saber com ele e com a equipe. (...) Eu participo ainda da oficina de relaxamento, que eu participo mais pra dar um suporte, com a terapeuta ocupacional. Isso foi uma coisa difícil na residência também: ter não só que conviver com as outras práticas, mas estar inserido nas outras práticas. São coisas que eu nunca tinha feito na minha vida. Eu me formei em psicologia, mas nunca tinha pensado em fazer um relaxamento por uma via mais energética, usando a imaginação. No início eu achava muito complicado. Fazer isso com um psicótico, eu achava uma coisa tão psicótica quanto. E, quando eu entrei, uma das oficinas que eu acabei me inserindo, por livre espontânea pressão, foi a de relaxamento, que é aonde os pacientes vinham, ficavam deitados e a terapeuta ocupacional fazia um relaxamento com eles. Fazia uma mentalização, de estar em outro lugar, de cores, de sensações, e que pra mim era uma coisa muito nova. E foi bem difícil aprender a respeitar isso, porque no início era uma coisa que eu não acreditava. Então nessa oficina eu faço muito mais um suporte, atendo os pacientes quando eles estão mais agitados, teve paciente que surtou no meio da oficina. O meu papel é muito mais de conter os pacientes, de conversar com eles, do que do relaxamento em si. (...) E aos poucos eu vi que eu tinha que me permitir. Porque eu passei a ver que alguns pacientes gostavam, talvez isso é

que interessasse. Eu me permiti ficar, estou desde o início do ano na oficina, mas foi o mais difícil e a aprendizagem maior até agora.

Aqui Edson narra o estranhamento diante do fazer do outro, do colega. Conta da sua resistência em dar lugar a esse fazer tão diferente, principalmente porque não se trata apenas de conviver com a diferença, mas de estar, em algum momento, inserido nela. É então na medida que Edson passa a ver que muitos pacientes gostam e saem sentindo-se bem da oficina de relaxamento que ele pode se reposicionar. Interessante que são os pacientes que lhe possibilitam dar lugar àquele fazer estranho. É pela via dos pacientes, do efeito observado neles, que ele pode se inserir na oficina com mais tranquilidade. Não que vá fazer o relaxamento, mas já pode estar ali noutro papel.

Essa foi uma das minhas dificuldades, de eu chegar aqui e ver que não, que aqui se acabava construindo junto coisas, que não era simplesmente a psicologia isolada. (...) Mas foi bem difícil assim no início. Uma porque eu não sabia direito, eu nunca tinha trabalhado com TO, eu não sabia o que TO fazia na saúde mental. E quando eu passei a ver, tinham algumas questões, tipo essa oficina que eu comentei, que me incomodavam, por uma questão de formação. (...) Trabalhar com a diferença, diferença dos pacientes e diferença da equipe... Trabalhar sabendo que nem todos vão aceitar teu trabalho, nem todos... às vezes, vão encaminhar pra ti porque o paciente não é tão grave. Como se... bom “tu estás chegando, tu é RI, esse aqui tu dá conta”. Mas acho que com o tempo a gente vai conquistando espaço, vai ganhando a confiança da equipe, mas no início foi bem difícil.

Edson se refere tanto à dificuldade de dar lugar ao outro, quanto à dificuldade de conquistar um lugar de reconhecimento diante do olhar do outro. Parece que é isso que está em questão no trabalho em equipe o tempo todo: os lugares dos diferentes saberes, a parcialização do saber. *Acho que o CAPS é um local onde o saber não tem dono, ele tem que ser compartilhado. Bom, eu sou dono de uma prática que eu me aproprio, mas não do saber, o saber tem que ser em comum.* A prática tem dono, o saber não.

No que se refere ao lugar do saber, Edson nos descreve uma certa disposição arquitetônica que precisa de reformas. Fala-nos de um certo muro que divide a equipe e distribui o saber no espaço entre os que tratam e os que complementam. Em certo momento, os médicos estão de um lado do muro e os demais profissionais do outro. *É mais difícil tu chegar pra um profissional médico e conversar, que realmente com essa conversa algo mude. Então eu acho que o grande desafio nesse momento é acabar com esse muro. Um que trata e os outros que complementam.* Porém, em alguns momentos a psicologia ganha lugar ao lado dos médicos do outro lado do muro.

Os psis, a psicologia e a psiquiatria, eu acho que ainda tem um papel médico-centrado, de condutor do tratamento e, muitas vezes, as demais áreas são, eram subestimadas, eram complementares. Eu acho que isso tem mudado, pelo menos nesse tempo que eu estou aqui, o CAPS tem mudado essa visão. E acho que tem mudado pelo papel que cada profissão tem ganhado, pelo destaque que tem ganhado. A psicologia tem um papel aqui ainda que é possibilitar uma escuta do sujeito que não seja uma escuta do sintoma, que é a escuta médica. E acho que nesses sentido a psicologia se liga... está do outro lado do muro, assim. Se liga aos demais núcleos, ao assistente social, ao terapeuta ocupacional, à enfermagem, à arte terapia, ao profissional de educação física. (...) A enfermagem é uma das que está em cima do muro. E é ao mesmo tempo quem está mais perto dos pacientes, por uma questão física. Os pacientes ficam geralmente na parte de baixo do CAPS, onde é uma área mais ampla, a garagem. E o posto da enfermagem é do lado.

O muro a que Edson se refere divide, em alguns momentos, as práticas de abordagem do sintoma das práticas de escuta da subjetividade e, em outros, os profissionais que curam daqueles que complementam. A enfermagem aparece como *em cima do muro*, embora mais próxima fisicamente dos pacientes. Um arquiteto *psi* trabalha no sentido da *derrubada desse muro* e da instituição de uma outra qualidade de fronteira. Passagem que anuncia sua emergência quando Edson nos diz que, *na condução dos tratamentos* no CAPS, *as demais áreas são-eram subestimadas. São-eram* fala dessa possibilidade de passagem.

O muro, que faz menção aos lugares do saber – os que tratam e os que complementam, os que escutam e os que não escutam – também apareceu num debate sobre o trabalho em oficinas no qual Edson se envolveu largamente. Sem dar-se conta, Edson fala de um *muro* entre os profissionais da área da saúde e os de fora.

No início se tinha uma discussão muito grande aqui, porque se achava que todos os oficinairos deveriam ser pessoas que dominavam uma técnica, uma arte. Então um artesão, um pintor e, principalmente o pessoal da psicologia e o pessoal do serviço social não concordaram. Os terapeutas ocupacionais oscilavam, por mais que não concordassem teoricamente, eles acabavam fazendo isso na prática. Sempre tem que ter um convidado, pra fazer sabonete, pra fazer uma oficina de marcenaria. Tinha que ter alguém que dominasse. Daí a gente começou a tentar descobrir que, na realidade, mais importante do que a técnica era o que se produzia pra aquele sujeito. Poderia ser um quadro horrível, poderia ser um sabonete sem cheiro, ou uma caixinha que não seria a caixinha mais linda do mundo, mas que aquilo era o máximo ou o que o paciente conseguiu fazer naquele momento. E que aquilo dali era uma maneira de o paciente estar falando alguma coisa, que talvez o artista plástico ou o oficinairo artesão não iriam conseguir captar.

Edson se preocupa em tirar do mapa a figura do dono do saber, do técnico, do que domina o conhecimento. No trabalho em oficinas, o efeito da retirada do mestre da cena lhe foi uma importante descoberta. Entretanto, será que retirar de cena o especialista em sabonetes ou em marcenaria garante a exclusão do lugar de mestria? Afinal, resta o especialista em psicopatologia. Edson quer também tirar do mapa aquele profissional que não escuta, que não consegue captar a subjetividade em jogo numa produção em oficina. Entretanto, é justamente sobre a potencialidade inventiva que o encontro entre os diferentes saberes carrega que versa a maior parte da narrativa de Edson. Nesse sentido, a presença de um artesão ou artista num espaço de oficina terapêutica, desde que não se colocasse a partir do lugar da mestria, do dono do saber, não poderia vir também para compor o trabalho?

Por falar em potencialidade inventiva do encontro entre saberes, Edson constrói uma idéia que me pareceu especialmente interessante no encontro com o núcleo do serviço social. Quando se referia ao trabalho em equipe, deu um lugar de destaque a sua companheira de Oficina de Maquete e de Oficina de Fotografia: a residente de serviço social. O que chamou mais atenção foi o modo como ele vê o fazer da colega, construindo um conceito sobre o trabalho no serviço social, que eu nunca havia escutado.

Bom, que, em saúde mental, ninguém trata ninguém sozinho. É idiotice a gente pensar isso. Então, se ninguém trata ninguém sozinho, o CAPS também não vai tratar ninguém sozinho. A gente vai precisar da rede e é a assistente social que vai tentar vincular os pacientes aos outros níveis. Fazer com que o paciente que tem uma tendência a ficar dependente, dependente do serviço, possa ficar dependente de outras questões. Porque de repente a dependência não é diretamente o oposto da autonomia. Que a autonomia vai começar a depender de várias coisas ao mesmo tempo e que o paciente não precisa ficar dependente apenas de uma...

Ter *autonomia* é *depende*r de várias coisas ao mesmo tempo. Tal definição me era inédita. O trabalho da assistente social, para o psicólogo arquiteto – já que ela conecta o CAPS com a rede, com a cidade – vai nessa direção: pulverizar a dependência. Parece que o laço com a colega tem funcionado como Oficina de Invenções. É no laço ao outro que se inventa.

Acho que as vivências, a prática, o dia a dia com o paciente isso ensina. Tipo, agora tem uma paciente que passou a gestação inteira com a gente e agora vai ter nenê. O quanto isso é importante pra ela e também pra equipe, que ela conseguiu se manter assim. Ela deu uma apertadinha, tentou suicídio, mas não fez. Estava com o pensamento e conseguiu

chamar o CAPS. Quando ela foi escolher o hospital, ela escolheu o Conceição aqui, em vez do Fêmina. Ela escolheu aqui porque era mais perto da equipe e a equipe ia conseguir acompanhar ela. Então é um vínculo importante que tu tem com o paciente. Acho que isso é o motor de qualquer aprendizagem. Tu pegas um caso, tu não sabes nem por onde começar naquele caso. O sujeito com a vida... com trinta internações psiquiátricas, uma família desestruturada, uma casa muito pobre e daí tu ficas sem saber o que fazer, mas o convívio com o paciente faz com que tu vá atrás, vá procurar livro, vá pedir supervisão, vá procurar bibliografia. Que tu possas construir daí em cima disso.

A “aprontadinha” encontra destinatário, O CAPS é o endereço. *Tu acompanha a angústia dela, ela escolhe estar perto da equipe: fez-se o laço. Um laço motor de aprendizagens.*

Em nossa segunda entrevista, encontro Edson já em atividades no CAPS ad³⁷, e nosso início de conversa se dá justamente em torno dessa mudança, sentida como ruptura. *Pra mim me desligar da equipe lá foi muito... foi complicado, teve uma questão de gasto emocional. Ligação com os pacientes, ligação com a própria questão da equipe...* Havia-se construído um laço de trabalho com os usuários, com a equipe, e interrompê-lo naquele momento para seguir a formação noutra espaço foi bastante difícil para Edson. Principalmente, porque ele já tinha encontrado *alianças de trabalho*, além de um *jogo de cintura* próprio para lidar com a equipe e fazer valer suas propostas.

No trabalho de entrevistas com o psicólogo arquiteto, essa espécie de ruptura também pôde ser sentida. Era como se ele estivesse contando, não apenas dois momentos diferentes de sua formação, mas duas histórias diferentes. Histórias que talvez precisassem figurar em itens separados, tamanho o abismo que se colocava entre elas. Não fosse o modo muito próprio que ele imprimia na forma de lidar com as duas histórias que ele contava, seria quase impossível apresentá-las de uma só vez. Essa extrema descontinuidade entre a experiência do primeiro ano da residência, no CAPS adulto, e do segundo, no CAPS ad, se apresentava de muitas formas na narrativa de Edson.

...eu sou o único R1, R2 daqui. (risos) Às vezes eu me sinto R1 ainda. (...) Eu acho que por essas questões assim de que eu acho que toda uma construção que foi feita no primeiro ano, que eu acho que isso é um problema específico da saúde mental da maneira que tá estruturado, toda a construção que foi feita no primeiro ano não é valorizada no segundo. Então parece que eu cheguei junto com os R1. Eu também não tenho... Toda a

³⁷ A ênfase em saúde mental da Residência Integrada em Saúde oferece aos residentes um ano de estágio num dos CAPS do GHC e outro ano no outro CAPS. E. fez seu primeiro ano de estágio no CAPS II, local onde nos inserimos para realizar esta pesquisa, e seu segundo ano de estágio no CAPS Álcool Drogas.

experiência que eu tive na residência... Quando eu vim pra cá, toda a construção que eu fiz não parece ter nenhum olhar diferente, nem... Eu acho que ganha um olhar diferente por parte dos residentes. R1 e R2, a gente consegue trabalhar bem junto, de poder trocar, de poder construir.

Num clima de obra embargada pela burocracia, o arquiteto contava que saídas foi encontrando para os impasses que foram lhe aparecendo. Em muitos momentos, disse Edson, *pensei em sair da residência*. Entretanto deu-se conta de que em muitos espaços de trabalho encontraria dificuldades daquela natureza e resolveu seguir construindo sua formação, enfrentando os problemas. Durante a entrevista foi narrando as diferenças entre sua experiência numa e noutra instituição. Se, na primeira entrevista, ele pôde transmitir algo da disposição de lugares na equipe e dos obstáculos enfrentados pela existência, muitas vezes, de um muro entre dois grupos profissionais. Um muro que estava para, aos pouco, ser colocado abaixo, porém que ainda produzia seus efeitos no trabalho. Nesta segunda conversa, Edson trouxe-nos a experiência de uma equipe mais homogênea, mas mais *fechada* em si mesma, em que também havia um muro. Contudo, tratava-se de um muro que dividia equipe técnica e residentes. *Eles dizem: vocês vão passar, a gente fica. Um dia vocês vão entender porque as coisas são como são aqui* – enunciado que apontava para um lugar, de certa forma, infantilizado, que era conferido aos residentes. Desse modo, a diferença mais marcante entre os dois espaços de formação em serviço experimentados, que Edson pôde enunciar, dizia respeito à questão da criação no trabalho.

O outro CAPS a gente podia muito bem fazer o trabalho que a gente... A gente tinha uma idéia, a gente apresentava essa idéia e boa parte da equipe abraçava essa idéia com a gente e deixava a gente criar seja lá oficinas, o que a gente achasse que os pacientes tavam precisando. Aqui essa renovação não acontecia. A gente chegou e já tinha as coisas prontas. Eu me sinto muito solitário, as construções são muito individuais. Às vezes eu prendo o grito pra minha orientadora pra continuar pensando essa construção. (...) Aqui não precisa pensar muito, tu faz o que os outros te mandam. Então o que eu tenho conseguido nesses meses é dar um pouquinho da minha cara pra essas coisas que me mandam fazer.

Em uma das suas tentativas de propor algo novo na instituição, encontrou impossibilidades. Queria trabalhar com um *grupo de qualidade de vida para portadores de HIV*, população bastante freqüente dentro do CAPS ad. A equipe, considerando que se tratava de um demanda para a *atenção básica* recusou a proposta. *Acham que isso não é trabalho nosso, que isso tem que ser feito em outro local, que talvez na atenção básica*. Se as fundações do projeto de trabalho do arquiteto residiam no questionamento dos limites entre espaços de atenção em saúde mental e espaços de atenção básica, o que lhe conduzia à

invenção de pontes, de fluxos, de meios de comunicação entre estes lugares; no segundo ano da residência, eram, justamente, essas fundações que passavam a ser abaladas. Se a pergunta de Edson apontava, exatamente, para as possibilidades de rarefação das rígidas fronteiras que separam dentro e fora, loucura e cidade, saúde mental e atenção básica; era essa interrogação que não encontrava lugar naquele espaço.

Então a minha designação aqui é fazer o que eles acham que eu tenho que fazer, os grupos que eles acham. Então tem o grupo de motivação, tem o grupo porta aberta, tem o “Prevenção à recaída”, “Preparação para o fim de semana”, o “Retorno do fim de semana”, né. E aos poucos eu fui me inserindo nesses grupos que eu tinha que me inserir, era imposto assim né. E isso me era muito difícil, tanto que a “prevenção do fim de semana” e o “retorno do fim de semana” funcionava pra mim também, porque eu tinha que voltar aqui e lidar com aquilo tudo de lá de novo.

Aqui, é interessante o efeito que a experiência provoca em Edson. Ele, numa mistura com o outro, experimenta um pouco do lugar de usuário do CAPS. Talvez como forma de escapar de uma posição que seria ainda mais angustiante: misturar-se com a equipe. Edson não encontra nenhum ponto de contato entre sua forma de trabalho e linha de atenção oferecida aos usuários pela equipe do CAPS Álcool Drogas. Uma das marcas da abordagem no CAPS ad é a exigência da abstinência, que para Edson aparece como bastante problemática. Assim, esse estranhamento absoluto, essa quase impossibilidade de conversa tem dificultado, sobremaneira, a estada do arquiteto no CAPS ad. Contudo, parece que ele tem encontrado algumas frestas, alguns lugares possíveis de construção.

Os pacientes são pacientes de longo prazo, são pacientes de mais de ano. Então já conhecem a lógica. Já sabem o que tem que dizer. Parece uma coisa paternalista assim, de contar pros pais o que foi feito “me comportei ou não me comportei”. “Fiz tudo certinho ou não fiz tudo certinho”, sabe? “Vou ganhar choque ou vou ganhar balinha.” E os pacientes também não tem muito espaço. Existe uma assembleia, mas... até isso pra mim foi um pouco diferente porque a lógica dos grupos aqui, das oficinas é muito mais o técnico que conduz e o paciente tem um espaço determinado e no outro CAPS não. No outro CAPS, a gente construía as coisas com os pacientes. Tipo, aqui o que a gente conseguiu fazer foi construir um grupo de sentimentos, onde os pacientes pudessem falar de outras coisas que não eram a droga. Que era uma experiência que tinha lá no outro CAPS e que sai um pouco dessa questão. Que vê que quem usa crack, quem usa cocaína, existe ali um profissional que é frustrado ou alguém com uma dificuldade amorosa, alguém com problema no casamento, um sujeito atrás daqueles discursos. Tanto que no início eles se apresentavam “meu nome é fulano, sou maconheiro”. Como se fizesse parte da identidade deles e era o jeito que os profissionais viam eles aqui no CAPS.

Montar um espaço em que se possa *falar de outras coisas que não eram a droga* surge de uma das frestas que Edson encontra. Fresta para o aparecimento do sujeito que *existe ali* no

uso da cocaína, do crack, do sujeito atrás daqueles discursos. À medida que se abria um espaço de fala para o pacientes, abriam-se também possibilidades de estada no CAPS ad para o arquiteto. À medida que Edson encontrava formas de bancar que os sujeitos atendidos não eram a droga, construía possíveis lugares de trabalho para si. Do contrário, a temporada no CAPS ad seria insustentável.

O paciente pra entrar aqui no CAPS ad, ele só é considerado paciente, se ele consegue assistir quatro aulas sem faltar. E é uma aula onde o pessoal vai explicar teorias sobre drogas e sobre o funcionamento do serviço também, mas é uma coisa que é desde aí pro paciente imposto. “Se tu faltar uma delas, só vai entrar no mês que vem no início da primeira aula”. E o paciente só é visto clinicamente e só é feita uma escuta do sujeito, depois que ele conseguir as quatro aulas. E são aulas porque o paciente não fala, vai lá e assiste. Então desde aí já demonstra qual que é o papel que tá tendo ali. É o papel do “eu sei o que é melhor pra ti”. (...) Antes dessas quatro aulas, a gente faz uma entrevista inicial. O objetivo dessa entrevista inicial seria tu pegar os dados dos pacientes, então a gente ganha uma fichinha que tu preenche nome, endereço, nanana. Tu preenche e manda o paciente vir no grupo de motivação que são essas aulas, que pra mim eu acho que mais desmotiva do que motiva. E daí o paciente vem, se ele conseguir passar pelas quatro, ele tá dentro do CAPS. Caso contrário, a gente nem sabe mais o que o paciente fez, porque a gente não liga pra unidade, nem nada. Os residentes agora tão conseguindo fazer isso de ligar pra unidade, porque quem faz essas entrevistas iniciais são os residentes. Então o que que a gente tem estabelecido? É que bom essa escuta é nossa então, esse espaço é nosso, vamos aproveitar esse espaço que a gente tem. Então a gente tenta já escutar um pouco o paciente, um pouco dessas ansiedades já no primeiro contato. Então o encontro que era antes de quinze minutos, vinte minutos, marcado, a gente tá colocando quarenta minutos. E todos os profissionais fazem, que é escutar, saber do paciente como que ele acha que a gente pode ajudar ele e o que que ele espera desse serviço. E a gente tem conseguido fazer isso e preparar um pouco o paciente pra que ele não... já que ele vai ter que passar pelos quatro encontros, preparar ele, motivar ele, mostrar pra ele o que há depois dos quatro encontros.

O arquiteto vem construindo espaços um tanto marginais e subversivos de trabalho, como se estivesse cruzando uma linha, distendendo um limite, alargando uma fronteira. A imagem que me ocorre é a da criação de um campo de refugiados em território estrangeiro. De todo modo, talvez essa ousadia esteja sendo possível na medida em que Edson pôde criar *novas alianças*: parcerias importantes de trabalho com seus colegas residentes. Porém e talvez, principalmente, porque nem todos os laços com sua experiência inicial de residente se romperam. Aquela experiência lhe imprimiu marcas e, com estas, ele segue enlaçado. Assim como seguem antigos laços de equipe: *às vezes eu prendo o grito pra minha orientadora* (técnica do CAPS adulto que é sua orientadora da pesquisa de conclusão da residência) *pra continuar pensando essa construção*. Construção em que segue se ocupando da Reformas, como no trabalho final.

É sobre atenção ao suicídio nessa região, que tem um número bem grande. A gente achou melhor deixar num CAPS só. Me pareceu que aqui a equipe ia ter uma resistência maior com o trabalho então até por uma questão de conseguir contemplar melhor os objetivos, eu consegui focalizar num público, não deixar tão geral, de pegar a psicose. E o outro CAPS me dá uma abertura maior pra esse trabalho. Então eu pegaria a psicose, a coisa da ideação suicida e veria como que o CAPS é um dispositivo ou não de atenção a esse cuidado.

3.3.3 A Alquimista

Alice se encantou pelo trabalho em saúde mental ainda quando cursava terapia ocupacional. *No decorrer da faculdade, eu já fui me voltando mais pra saúde mental e quando apareceu o estágio eu “opa, vamos ver se é isso mesmo!” Fui fazer o estágio lá e me encantei, gostei bastante. Era isso. No último semestre do curso, estagiou na internação feminina do Hospital Presidente Vargas, onde atendia pacientes no leito. Depois dessa experiência, “tá, é saúde mental que eu quero trabalhar”.*

Foi bem legal assim, a gente sempre trocava com a equipe. Tinha rounds toda a quarta-feira, daí a gente conversava, a gente podia... Era bem legal, porque a terapia ocupacional lá era bem, assim, bem aceita e tinha vez assim. Nós conversávamos bastante e discutíamos. Foi uma experiência bem boa. Eu gostava de trabalhar com mulheres. Eu gosto de trabalhar com adultos.

A composição de vários elementos parece ter feito do resultado dessa experiência um composto potente. A primeira referência é às relações com equipe: *a gente sempre trocava, a gente conversava, a gente podia...* Ganha destaque a percepção de que *a terapia ocupacional tinha vez* naquele espaço. Ter um lugar reconhecido diante da equipe parece ter sido um componente essencial do encantamento. Há ainda uma referência ao gosto pelo trabalho com mulheres e adultos. E, *quando veio a residência, “ah, é isso que eu quero, residência em saúde mental. Vamos continuar aprendendo, vamos continuar buscando e estudando e me aperfeiçoando.”*

Enquanto conta sobre sua escolha, Alice reproduz os diálogos que teve consigo mesma na época. Diálogos, por exemplo, onde encoraja a si mesma. Movimento semelhante ao da entrevista, quando comenta as próprias respostas: *acho que é isso, é mais isso, era isso.* Como se ela mesma fosse mais de uma, falasse desde uma posição mista, híbrida, não idêntica

a si mesma. Essa multiplicação de lugares desde onde falar é marcante na escuta de seu percurso de formação.

Segue narrando sua trajetória a partir das histórias de constituição das oficinas terapêuticas que participa no CAPS.

Tudo começou que era uma oficina temática. Temática significa assim dependendo... ah tem dia das crianças, páscoa, natal, então nós vamos fazer coisas pra levar pra feirinha do hospital. Aí eu acho que passou a páscoa, não, no início do ano assim, já tinha passado algum evento que nós tínhamos feito e “daí agora, que nós vamos fazer?” Daí conversando com eles surgiu a idéia “ah, mas eu tinha vontade de aprender a fazer sabonete, aprender a fazer velas”. “Então tá, então vamos começar a trazer tudo o que tem de material, o que que vocês sabem, como é que surgiu o sabonete, como é que foram feitos os primeiro sabonetes lá antigamente né”. Daí todo mundo foi trazendo. A gente trouxe xerox, baixou coisas da internet e começamos a estudar sobre. Daí todo mundo foi gostando. Foi meio assim, foi tudo uma construção. Daí, daqui há pouco começamos a fazer mesmo. A residente de enfermagem trouxe um vídeo sobre como fazer os sabonetes. Eu já sabia fazer também. Aí a gente viu junto, até que fomos comprar o material e começamos a fazer.

Na falta de uma data comemorativa, a pergunta. Foi preciso pensar no que fazer, foi possível *conversar*, surgiu a idéia. A beleza do processo de composição da oficina ofuscou a esquisitice dos primeiros sabonetes. Aos poucos, substâncias simples transmutavam-se em elementos nobres – marca do trabalho de uma TO alquimista.

É uma oficina bem de produção. Claro que sempre dá pra trabalhar algumas coisas deles. Sempre surge, em qualquer né, mas é mais voltada pra isso, pra geração de renda. Até ontem na oficina, metade do grupo saiu pra comprar material, que eles que escolhem as formas, as essências, as cores que eles querem, tudo. E a outra metade ficou aqui fazendo o livro caixa, foi vendo o que que foi vendido, o que não foi. Alguns pacientes trouxeram de volta alguns sabonetes que não conseguiram vender. Outros venderam, então tudo a gente anota no livrinho. Tudo é o paciente, é o Paulo que... Cada paciente é encarregado por uma parte. Um é encarregado pelo livro caixa, outro toma cuidado das fôrmas, outro... Tem uns que ... porque daí depois o sabonete está pronto e é complicado de enrolar, passar aquele papel... daí tem alguns que... cada um que consegue melhor, aquela partezinha ali.

Chama a atenção que nessa oficina o que está em destaque é a geração de renda, a produção de sabonetes e não o tratamento de uma patologia. Cada participante tem um lugar dentro do processo de produção, a partir do que consegue fazer de melhor. Cada um oferta alguma qualidade de elemento à mistura da oficina, o que faz diferença no efeito da composição. Nesse espaço, o que apresenta os participantes é o fazer de cada um e não seus

diagnósticos. São as essências, as formas, as cores dos sabonetes. São os registros no livro, o estado das fôrmas, o estilo das embalagens.

Acho que isso eu acho legal assim, isso me faz pensar enquanto saúde mental assim, o quanto a gente é único assim, o quanto não dá pra generalizar, ou ver um diagnóstico assim, ou ver... porque a gente não sabe... A gente se volta muito ou ao diagnóstico ou a alguma coisa “ah, eles só vão até ali”, né? E não. Cada caso é um caso. E daqui há pouco não é só até ali e eles nos surpreendem. Eles nos surpreendem o tempo todo. (...) É eles que fazem, eles que... A gente só fica ali... Sou eu, que sou a residente de TO, a terapeuta ocupacional daqui e mais uma residente de enfermagem. Então a gente fica mais pra dar o suporte assim, algum manejo, alguma coisa.

Em meio às surpresas, a oficina foi prosperando. E parece que o componente *surpreender-se com a produção do outro* é condição dessa prosperidade. Se *são eles que fazem*, o trabalho doicineiro é *estar ali, dar um suporte e surpreender-se*. Alice nos conta que faz parte desse fazer *ser uma presença*. Uma presença que dá passagem a uma produção. De sabonetes, de renda, mas sobretudo, produção de sujeitos, para além de qualquer que seja a patologia diagnosticada. A referência ao trabalho como um certo *fazer presença*, um *estar com* é freqüente na narrativa de Alice, tanto em relação aos usuários, quanto aos colegas de residência.

Eu acho legal assim essa coisa de poder estar com... Tem oficinas que eu faço junto com a psicologia ou junto com a enfermagem ou... é legal assim. Essa coisa de eu daqui há pouco eu estou durante a oficina mais voltada de como é que eles estão fazendo, como é que eles estão interagindo com o material, como é que eles estão se mostrando pra mim. Daí a psicologia está vendo outro ponto de vista. Depois a gente faz um fechamento com o grupo. Eu puxando mais as coisas da minha área, a psicologia mais da sua, um exemplo né, pode ser também a enfermagem. E depois no final a gente poder conversar sobre isso. Eu acho isso bem legal assim.

Estar acompanhada de um outro no cotidiano do trabalho é estar na presença de mais de um ponto de vista. Poder conversar é poder misturar um pouco estes olhares. Porém, ao mesmo tempo em que Alice pensa o *estar com* como um componente essencial do trabalho, ela se questiona a respeito das condições dessa companhia. Em relação à oficina de sabonetes, acredita que não basta *estar com*, falta uma pitada de conhecimento específico da enfermagem.

Pena que... Tem alguns grupos, algumas oficinas que eu faço com determinada área que daqui há pouco a área específica não aparece. Por exemplo, daqui há pouco eu faço uma

oficina com a enfermagem. Ela faz junto a oficina, mas daqui há pouco eu não vejo como é que ela pode estar engajando, fazendo ganchos com a área dela. Eu não consigo perceber assim onde que ela pode estar. Daqui há pouco podia estar trazendo... que seja um auto cuidado, daí eu já não sei assim... uma coisa mais de higienização, de não se machucar. Isso eu acho que a gente tem que estar discutindo e pensando mais sobre isso. Porque realmente a gente faz trabalhos juntos, mas um pouco se perde assim. Porque que em tal oficina está uma TO e uma enfermeira? Às vezes não tem um porquê. Simplesmente “vamos fazer junto”, sabe? E eu acho que esse antes de fazer junto é que a gente devia conversar um pouco mais, sabe? Qual o teu objetivo de estar ali? Qual vai ser o teu papel dentro dessa oficina?

Em relação a esse *estar com* o outro, Alice faz-se muitas perguntas. Onde está o outro? Onde está a enfermeira? Numa atividade de higienização? Em dicas de auto-cuidado? Por que está ali, numa oficina de sabonetes? Enquanto se interroga, também me interroga. Talvez justamente porque tenha feito retornar na minha direção uma das questões da pesquisa: por que o outro – pensado como outra profissão – precisa estar ali?

Não era a enfermeira da *higienização*, nem a da promoção de *auto-cuidado* que estava na oficina. Porém, quem sabe sua presença se estivesse produzindo de outra forma? Talvez no vídeo trazido, no desejo de fazer acontecer a oficina de sabonetes, na disposição a acompanhar os oficinandos nessa produção. Realmente, não há aí algo específico do fazer do enfermeiro, mas, possivelmente, haja algo singular dessa enfermeira oficineira. E, nesse ingrediente singular, a possibilidade de uma nova combinação.

As questões de Alice não terminam, se transformam, se relançam. O que ela coloca em relação a “*por que o outro deve estar ali na oficina?*” parece dizer respeito a um questionamento aos modos de organização das atividades práticas da residência.

É uma coisa meio que assim da residência, por ser multiprofissional, teria que estar trabalhando junto e tem que... já no CAPS ad já foi meio que uma imposição da equipe assim. Todos têm que fazer oficinas, não só a terapia ocupacional e fazer com áreas diferentes. Eu não podia fazer eu e mais outra TO. Tinha que fazer eu e uma enfermeira ou uma psicóloga ou uma assistente social, por exemplo. Lá no CAPS ad era assim, tinha que ser assim. E aqui meio que também ficou. Eu acho que eles vêm de estar sendo multiprofissional, de estar sendo uma residência integrada é estar fazendo oficinas junto, um trabalho junto...

A alquimista questiona o que é integrar, misturar, compor.

Quando a gente se junta em equipe eu acho genial que quando a gente avalia um paciente daí a gente faz a entrevista, daí pede pra ele voltar pra salinha, pra nós discutir pra depois dar um retorno pra ele. Eu acho isso bem interessante. Eu acho que é o momento que é mais... assim que a gente tenta interagir mesmo, a equipe assim. Aí cada um volta mais a

sua área, a gente conversa. Acho que é um dos momentos mais ricos assim. Fora isso, acho complicado, no dia a dia assim... daqui há pouco a psiquiatria está no consultório atendendo, nós estamos aqui fazendo a oficina. Aí cada um está... aí se perde um pouco, a gente não conversa muito no dia a dia.

Integrar é *conversar, discutir* sobre o trabalho. Desde esse ponto de vista, é a *conversa* que confere potência ao *fazer junto*. Um *fazer junto* sem *conversa* não passa do *ter que*. Fica-se no registro moral – todos devem – e não no registro do eu e tu queremos, desejamos. Como nos dizia a jovem TO, ainda no início da entrevista: *discutir em equipe é ter vez*. Então nos perguntamos: o que permitiria a passagem, a transformação do *ter que* para o *ter vez*?

Esse *ter vez*, na narrativa de Alice, aparece relacionado a poder sustentar algo de um saber ou fazer específico da profissão diante da equipe. O que é possível observar na sua experiência inicial – *a TO tem vez no round* – ou ainda na lembrança das discussões em equipe no CAPS – *depois da entrevista com o paciente, cada um colocava sua visão*. Entretanto, a questão se complexifica quando se está imerso num fazer mais híbrido, numa composição em que não é mais possível separar os elementos originais, como pode ser o caso do trabalho nas oficinas terapêuticas. Será que um trabalho mais híbrido, menos classificável em uma área ou outra, também pode *dar vez* a um profissional? Quem sabe uma enfermeira em uma oficina de sabonetes perca sua “essência original” e, tal como o produto da oficina, ganhe outras formas, cores, modos de ser enfermeira? Nessa passagem do *ter que* para o *ter vez* talvez se trate, sobretudo, da possibilidade de sustentar ou não a apropriação de um saber ou fazer diante do outro, seja ele específico de uma profissão ou não.

Porém, a pergunta segue produzindo efeitos: *por que o outro está ali?*

Essa coisa assim do inesperado assim, de... daqui há pouco a gente está ali numa oficina conversando sobre alguma coisa e tem um paciente que tu julga que... ou ele vai ficar mais quietinho durante o tempo todo e daqui há pouco ele diz alguma coisa assim pra outro. Ele faz uma intervenção assim que tu olhas e diz “bah, ele disse isso?” Sabe? E daí isso me faz pensar assim, porque às vezes a gente não imagina... como é que eu vou explicar? Quando a gente está ali numa conversa ou tentando manejar daqui há pouco, do nada, dois pacientes começam a ou discutir, ou alguma coisa e um outro paciente intervém falando... e tu “bah, genial o que ele falou!” Isso eu acho muito interessante. Isso é o que me faz pensar bastante assim... na nossa conduta...

Até agora, conversamos com a TO alquimista sobre a questão da presença multiprofissional na oficina partindo de uma antiga lógica. Aquela que pensa a relação do sujeito com o trabalho como uma via de mão única: o trabalhador produz o trabalho, o profissional de saúde mental faz o ato terapêutico, o saber-fazer do enfermeiro intervém na oficina. Até que *...dois pacientes começam a discutir e um outro paciente intervém falando... e tu “bah, genial o que ele falou!” Fecha todas, cai certinho.* Alice nos conta que, por vezes, nas oficinas, é o paciente que intervém no profissional.

Ao narrar as surpresas que se criam dentro da oficina, a residente aponta para o potencial de produção às avessas que há nesse espaço. O feitiço vira contra o feiticeiro, o composto transforma o alquimista, o trabalho produz o trabalhador, o ato terapêutico faz o profissional de saúde. Que os profissionais possam experimentar algo disso, assumindo as conseqüências do encontro com o *inesperado*, com o elemento surpresa, parece um bom motivo para que *o outro esteja ali*, mesmo em um papel não relacionado à especificidade da sua profissão. Do contrário, cada um na sua e nada de novo. Afinal, é a própria Alice que nos diz que no experimentar outros lugares, outros espaços, outras posições de trabalho se muda a perspectiva e o foco do olhar.

A enfermagem acaba ficando muito centrada só aqui em baixo, muito voltada só pra medicação e a psiquiatria fica muito só lá em cima, mais nos atendimentos individuais assim, a psicologia também nos consultórios. Aí a TO está sempre nesse meio de campo. (...) A TO, ela não consegue sozinha, a gente tem que estar sempre conversando com os outros profissionais. Falar daqui há pouco com o psicólogo “ah, como é que está lá na consulta?” Porque na oficina eu tenho visto que a gente começa a entrar em determinado assunto ou o paciente fica muito deprimido, daí daqui há pouco começa a chorar, daí tem que ir lá conversar com o psicólogo, ver “ah, como é que está nos teus atendimentos? Será que é indicado estar agora na oficina? Não está sendo muito sofrido estar na oficina?” Porque é isso que eu estava falando antes, daqui há pouco um começa a chorar alguma coisa, o próprio outro paciente vai ali e “ah, porque eu já passei por isso também, no início é assim, não sei o que, tu vai ver”. Eles mesmo, daqui há pouco a gente dá uma recuada e deixa eles mesmo...

Um olhar de *meio de campo* atenta para os movimentos dos sujeitos dentro das oficinas, expõe seu ponto de vista aos colegas de equipe, questiona suas visões, mas sobretudo, percebe a hora de recuar e deixar que o outro guie o jogo. Trata-se de um olhar que, ao mesmo tempo, cria (as condições para que de uma combinação de elementos emerja um elemento novo) e se surpreende (com o que se produziu).

Quando eles estão ali sem ser numa oficina, quando é um momento de descontração ou de intervalo, não sei como é que a gente... é, entre as oficinas, que eles ficam mais ali na ambiência assim eles são mais eles. E daí daqui há pouco eles não precisam ficar querendo chamar a atenção, porque às vezes eles fazem algumas coisas, alguns movimentos com a gente. Então, esse espaço é legal assim. (...) Seja no café, no almoço, ou agora mesmo ir ficar um pouco ali com eles, é bem rico assim. É onde eles estão sem nenhuma armadura assim. Como é que eu posso te dizer? Como eles estão eles mesmos, estão ali conversando, estão ali tomando um chimarrão. Daí daqui a pouco eu entro, começo a puxar um assunto, é ali que dá pra ver bem assim. Mais a essência deles e eles conversando entre eles também. Acho que isso é bem legal, essa hora assim. Não precisa ser só na oficina, pode ser também nesse espaço assim sem nada pra fazer, vamos dizer assim, que eles ficam ali soltos.

Para a TO alquimista, os espaços de *intervalo*, onde aparecem as *essências*, onde se está *sem armaduras*, sem querer *chamar a atenção*, *soltos*, são interessantes lugares de descoberta. Salta aos olhos algumas imagens do outro, enquanto paciente, que aparecem em sua narrativa. A idéia de que no *intervalo* aparece a *essência* do outro sugere que durante atividades algo recobre o verdadeiro ser. As *armaduras* remetem a um outro que precisa defender-se de um ataque. O *chamar a atenção* fala de um, talvez infantil, pedido de olhar. E, finalmente, a referência ao *soltos* faz pensar numa condição anterior de aprisionamento. Alice nos ensina que um território de aprendizagem depende da perspectiva ou do foco a partir do qual abordamos o outro. A novidade não se produz na presença de um outro aprisionado, infantilizado ou em posição de defesa. Um espaço de aprender exigiria a aparição do outro em *essência*. E o que seria o outro em *essência*? *Como é que eu posso te dizer? Como eles estão eles mesmos, estão ali conversando, estão ali tomando um chimarrão.*

Interessante a referência ao chimarrão. Diz de um laço cultural, do compartilhamento de uma tradição. Na roda de chimarrão, todos são gaúchos, cada um *tem a sua vez* e a autoridade maior é o mate que circula de mão em mão. Esse laço que se faz na roda de chimarrão, nos intervalos das atividades terapêuticas, parece tirar o sujeito em tratamento do lugar de um outro previsível. Nos espaços terapêuticos, é previsível que o outro “atue” (*algumas coisas de manipulação*), que seja infantil, “regressivo” (*querendo chamar a atenção*), que ofereça resistência ao tratamento (*a armadura*). Todas estas são velhas conhecidas imagens do paciente de saúde mental, ou mesmo, da loucura como doença mental. Porém quando a alquimista nos fala do outro em *essência* parece referir-se à dimensão imprevisível, desconhecida, surpresa do outro, *essa coisa assim do inesperado.*

E sobre o que será teu trabalho final?

É sobre uma coisa que me angustia muito: reabilitação psicossocial. O que que a gente acaba fazendo ou o que a gente poderia fazer mais pra realmente estar reinserindo eles na comunidade? Essa coisa da reforma, de tudo assim, o que que são os CAPS? Daqui há pouco, lá pelas tantas, eu sinto que a gente assim... estou exagerando, mas... daqui há pouco eu sinto que é um mini-manicômio aqui, que eles vêm, passam o dia inteiro, fazendo coisinhas, aí vão pra casa... tá e aí? E a vida deles lá na casa deles? Sabe? Então eu acho que isso é muito importante porque se não fica... fica... me fugiu a palavra... mas eles ficam retornando, ficam um período aqui, depois melhoram um pouco, vão pra casa, passa um tempo e voltam pra cá. Porque a gente não faz o vínculo deles mesmo no bairro? E aí? Então uma das coisas que eu penso é que eu acho que dá pra fazer muita coisa. Coisas que eu ainda nem penso, sabe.

Ao final da entrevista, a TO, como que sentindo os efeitos da experiência, comenta o que escutou de si mesma. *Acho que eu passei a entrevista inteira falando isso de ter que conversar mais.* Realmente, a referência à *conversa* marcou o transcorrer da entrevista. *Conversar* apareceu como um certo antídoto contra a fixidez dos lugares na equipe, assim como *se surpreender* com as produções dos pacientes surgiu como o elemento essencial na composição dos tratamentos. Estes, ao se experimentarem na produção de algo nobre, valoroso diante do olhar do outro iam compondo novas condições de circulação pela vida. Trabalho, nada fácil, nada simples, nada seguro. Assim, como nada fácil, nada simples, nada seguro mostrou-se a escrita da pesquisa de conclusão da residência da TO alquimista. Coincidência ou não, nela se tratava, justamente, de refletir acerca dessas novas condições de circulação pela vida para o sujeitos atendidos como uma das finalidades do trabalho terapêutico. Questão que para Alice se inscrevia no campo da reabilitação psicossocial. De todo modo, sua angústia com a escrita dizia da efervescência de um fluido de perguntas, dos efeitos de uma composição em plena transmutação.

Em nosso segundo encontro, Alice me recebeu falando, justamente, de seu trabalho final. Contou que estava em Porto Alegre para terminá-lo, pois não havia conseguido durante a residência. *Apresentei o trabalho em dezembro, apesar de não ter entregue ele ainda.* Atualmente, mora e trabalha em outra cidade. E pareceu bastante entusiasmada com o fato de estar finalizando a escrita de sua pesquisa. Falou-me do quanto estava gostando das orientações. E, naquele dia, tinha estado, desde de manhã, no local de trabalho da orientadora de forma que recém havia chegado em casa (já eram 15:30 da tarde).

No início da entrevista, abordamos as mudanças que lhe aconteceram desde nossa última conversa há mais seis meses atrás.

O que que mudou de lá pra cá? Principalmente eu ter deixado de ser residente e ter assumido o papel assim como técnica, com mais responsabilidade. Não ter que tá sempre

tendo que ter o aval de alguém. Eu podendo tomar partido nas coisas, tomar a iniciativa, fazer mais como eu quero e dar a minha cara a tapa. Brigar pelas coisas que eu acho que são certas, nas coisas que eu acredito assim nos tratamentos. Que quando eu era residente assim, muitas vezes a gente é meio barrada.

Surge algo novo em relação à primeira entrevista: o residente como ocupando um lugar barrado. Em nosso primeiro contato, Alice trouxe uma série de produções suas em parceria com os outros, e em nenhum momento, mencionou dificuldades para realizá-las. Talvez isso fosse algo que só pudesse ser dito passado certo tempo e numa certa distância do local da experiência. Começou então uma narrativa sobre as diferenças entre um espaço e outro de trabalho: entre a residência e seu atual trabalho, o que lhe evocou lembranças do CAPS e dos rituais de despedida com o final da residência. *Aquela função de despedida assim dos pacientes, fica um pedaço da gente. A gente tem aquela vontade de ver a continuidade, ver a continuação, como é que eles...* Fala, principalmente, da Oficina de Sabonetes, experiência abordada em seu trabalho de conclusão, a partir da discussão sobre reabilitação psicossocial.

A oficina de sabonetes, que é onde eu to... eu focalizei meu trabalho de conclusão, é uma coisa assim que eu fico bem curiosa pra saber como é que tá, se eles continuam. Porque era uma coisa assim que era uma... bah eu idealizava um monte assim, eu acreditava muito assim na oficina como geração de renda, vinculado à reinserção social, como um agente facilitador pra eles. (...) Na despedida eles me fizeram uma festinha surpresa, me deram presente. Fizeram cartão. Eu quase chorei, acho que chorei. (...) A oficina foi uma idéia que surgiu de mim, mas daqui há pouco era uma coisa deles. Eles foram se apropriando, porque começaram a contar histórias da família deles de... a vó que fazia sabão em casa e coisa e tal. Aí foram se apropriando, depois virou um desejo deles. (...) Todo mundo ficava sabendo da oficina e todo mundo queria participar. E era um espaço pequeno ali. Só tinha um fogão, só dava pra quinze pacientes, então tava sempre meio que cheio assim.

Por que tu achas que despertava o interesse de todos?

Eu acho que primeiro assim, o que chamava atenção é que “ah, foi vocês que fizeram? Ah, que bonito!” Sabe aquela coisa assim de...? De uma coisa bonita que eles fizeram. Aquela coisa de não se sentir mais capaz de produzir algo bonito, de... Então também queriam fazer e daí os outros contavam que não era tão difícil e também queriam se experimentar. De poder saber se “também sou capaz de fazer?” Acho que o primeiro impulso pra participar era isso. Essa coisa mais da estética, essa coisa de produzir algo bonito. Uma coisa com fôrma, com cheiro bom...

O tema da Oficina de Sabonetes acaba nos levando a uma questão bastante delicada da sua experiência e de qualquer que seja a experiência de formação. Uma primeira aparição

desse ponto acontece, logo no início, na referência ao lugar barrado do residente. O que retorna na lembrança da colega de Oficina de Sabonetes, residente de enfermagem, que foi *cortada da residência*, o que Alice considerou *uma pena*. Segundo ela, apesar das *dificuldades* que a colega tinha, ela era bastante *dedicada, tinha vontade de fazer as coisas, só precisava de um acompanhamento mais de perto da preceptoria*. A lembrança da residente de enfermagem nos parece bastante importante, já que foi essa mesma colega, que acompanhou Alice na Oficina de Sabonetes, experiência escolhida para a escrita do trabalho de conclusão. Por fim, surgem suas próprias dificuldades, enquanto residente, na experiência de orientação de seu trabalho final. O trabalho, fluido efervescente que precisava tomar forma, não encontrava as condições para tal. Faltava nele um ingrediente, um elemento essencial que produzisse a liga.

A escrita não fluiu na sua primeira experiência de orientação, realizada no núcleo de terapia ocupacional. Assim como não houve sintonia com sua preceptora no cotidiano de trabalho, não houve para a elaboração da escrita da pesquisa. Como efeito disso, Alice sentia-se *mal* e não conseguia fazer o que mais prezava: conversar para dar encaminhamento àquela situação.

Parece que em cada encontro eu tinha um trabalho diferente. Era meio assim “essa página aqui tira, não precisa, essa tira”, sabe? Só criticavam sem... Era uma coisa, era um sacrifício pra mim “ah, tenho que fazer isso aqui!” Eu fazia sem gosto, não gostava dele.

Aqui a experiência da TO alquimista nos lança questões sobre a relação residente/preceptor. Ou ainda, sobre a importância do laço ao outro para a emergência de uma produção. Com a Oficina de Sabonetes, ela nos ensinou que para que uma produção encontre as condições de acontecer é preciso, além do gosto pelo material a manipular (*eles achavam os sabonetes bonitos, lembraram que a avó fazia sabão*), a *presença* de um outro que *dê suporte*, que suponha *capacidade* no sujeito e *se surpreenda* com seus movimentos. Se não há, em algum momento, um laço a um outro, que *suporte, suponha e se surpreenda*, talvez não haja condições de produção possível. A relação residente/preceptor, experimentada por Alice, talvez carecesse dessa substância de liga: laço de suporte, suposição e surpresa.

A segunda experiência de orientação de seu trabalho aconteceu após o término da residência. Nessa experiência, que Alice se apressava em contar na ocasião da segunda entrevista, uma surpresa: designaram-lhe uma profissional experiente em pesquisa, porém odontóloga, para orientar-lhe. Esquisitices à parte, o fluido efervescente de perguntas vem

ganhando formas no encontro com os interrogantes da orientadora. E Alice, por sua vez, segue se apropriando de seu fazer de alquimia.

Eu também não imaginei. “Meu Deus né! Uma dentista!” Eu queria como orientadora uma super TO. (...) Mas tá bem legal, agora eu to gostando de fazer o trabalho. (...) Ela me pergunta muito. É muito bom. A última versão do trabalho tá cheia de perguntas que ela escreveu sobre a Oficina de Sabonetes, sobre o que eu escrevi. Tudo em vermelho: “como assim?”, “explica melhor isso?”, “o que isso quer dizer?”, “por que?” (...) A gente lê o trabalho junto e ela me faz perguntas. Tu acredita? E aí eu respondo e escrevo. Eu penso “era essa pergunta que eu queria responder”.

Alice narra o estabelecimento de um laço que se sustenta de presença (*a gente leu junto*) e de perguntas (*a última versão do trabalho tá cheia de perguntas*). A pergunta é aquilo que marca o intervalo entre os lugares de uma e de outra. A presença é o que suporta e mantém a existência desse intervalo. É assim que orientadora odontóloga acolhe o texto da TO residente, deixando-se afetar por ele. E esta última, por sua vez, ao encontrar destinatário para suas questões, pode desejar formulá-las. Um trabalho de conclusão vai então ganhando formas.

Agora eu saio da orientação e já chego em casa com vontade de escrever. To começando a achar ele bonitinho, redondinho.

3.3.4 O Maestro

Gustavo entrou na faculdade de medicina já pensando em ser psiquiatra. Durante a graduação conheceu outras especialidades, mas persistia seu interesse inicial. Depois de formado, teve uma experiência de trabalho no Programa Saúde da Família. Até que... *tinha feito as provas durante as férias que tirei lá e aí como eu não tinha passado em nenhum lugar, tava esperando. Aí eu voltei a trabalhar né e aí me ligaram. Eu não esperava realmente, não esperava que fosse passar aqui, então... acho que pra mim foi mais marcante isso, a notícia.* O momento mais marcante dos primeiros momentos da residência aconteceu antes mesmo de começarem as atividades: foi quando recebeu *a notícia*. *Notícia* de algo que ele desejava há muito e que havia adiado por algum tempo. A entrevista começava num tom entusiasmado, no embalo dessa agradável lembrança.

Daquele tempo de faculdade lembra que sua visão da psiquiatria era bem diferente da que tem agora como residente.

Na verdade a gente não tem uma idéia clara, eu acho que nem antes de tu entrar, apesar de ter feito estágio quando eu estava na faculdade, porque é uma coisa assim que tu “ah, eu quero ser”. Tá entendendo? Pra mim, né, tipo “ah, eu quero ser psiquiatra”, mas tu não tem muita idéia, não tem muita idéia. (...) tu fica longe, tu fica... É diferente de tu estar fazendo a residência, é diferente, é bem diferente assim o momento. (...) Eu pensava muito numa coisa assim, meio mágica assim, vamos falar... Tudo pra mim ficava numa coisa muito assim “ah que legal, bababá”. Entende? Não que agora não seja bom, mas mais florida, digamos assim.

Algo meio mágico como?

Não sei descrever sobre mágico, mas era assim que eu me sentia assim, que eu queria psiquiatria porque eu achava legal, achava legal ser psiquiatra e tal.

Gustavo não pôde descrever de que se tratava nesse mágico. Talvez porque diga de algo que estava tão longe na época da faculdade, que não podia ter muitos nomes nem muitas explicações. Era uma visão, de longe, mais florida que a de hoje. A visão de uma imagem tão fascinante quanto afeita a muitas leituras: o mágico. Que(m) é o mágico de Gustavo? Passado algum tempo do início da residência, na ocasião da entrevista, Gustavo havia percebido que nem tudo são flores. Pergunto a ele sobre como tem sido a experiência de trabalhar em equipe.

...eu sempre pensei em trabalhar dessa maneira, só que eu acho assim, eu acho que tem que ter isso, mas tem que existir dentro de uma equipe assim... cada um tem a experiência e a técnica na sua área e isso não pode ser ultrapassado, eu acho que isso às vezes acontece aqui. (...) Acho que esse limite assim, tipo, quando tu vai dar... “ah, todas as pessoas têm voto igual”, mas quando tem características que tu está fazendo um tratamento com um paciente em que é mais importante tu ver saúde bucal, ou é mais importante tu ver a parte bucal, estou falando de PSF, mas acho que funciona pra aqui também, então, no caso, essa pessoa vai ter um voto maior assim, nesse sentido. Tipo, quem entende mais de medicação no caso seria o médico, é o voto final, acho que nessas situações. Ou ficar discutindo esse tipo de coisa, tu até pode dar uma informação, acho, enfim, orientar colega enfermeiro, psicólogo, T.O sobre como é que funciona as medicações, mas discutir com eles é diferente, acho que não tem validade.

Gustavo considera que, no trabalho em uma equipe multiprofissional, é preciso respeitar as fronteiras que limitam a competência técnica de cada um. Traz sua experiência de trabalho em uma equipe de PSF para dizer que, dependendo do que está em questão, um ou

outro profissional da equipe deve possuir um voto de maior valor. O médico teria um voto que valeria mais quando se tratasse da prescrição da medicação. O questionamento de uma conduta médica, por um profissional de outra profissão, seria uma ultrapassagem de limite. E uma discussão em debate as ações específicas de cada um em relação ao paciente seria sem validade. É marcante, nesse início de conversa, a preocupação com a fixação das fronteiras e limites profissionais.

Duas questões chamam especialmente a atenção no encadeamento da entrevista. Quando Gustavo aborda a questão do trabalho em equipe, logo após a referência ao *nem tudo são flores*, o lugar do psiquiatra parece que perde a magia. Gustavo narra o desaparecimento do mágico. Em que medida esse desencanto, essa perda de magia, teria a ver com uma experiência, referida por ele como difícil, de trabalho em equipe? A segunda questão que eu apontaria diz respeito à referência à ultrapassagem de limites. A narrativa caminha na direção de um grande incômodo com um certo movimento percebido e do qual era necessário defender-se: a invasão das fronteiras do território médico. Talvez, nessa defesa, se trate de uma tentativa de sustentação desse lugar *mágico* que se desfazia. E, nesse ponto, são as questões da prescrição medicamentosa e da constatação da urgência que estão em evidência.

Medicação, às vezes alguma indicação que parecia bem clara, indicação de tratamento assim, de ponto de urgência, vamos falar assim, do que era mais urgente agora, enfim, acho que era mais isso assim. Medicação, principalmente medicação.

Pergunto porque ele acredita que essas invasões acontecem.

Sabe o que eu acho? (...) Eu acho que é muito mais de... tem um caráter pessoal nessa história. Pessoal referente às profissões. Tipo ato médico. Acho que isso está sempre presente. Não só aqui, mas acho que está sempre presente.

Gustavo traz à tona a lei do ato médico para explicar as invasões de fronteira. Coloca, brevemente, em relação ao tema que se trata aí de algo *pessoal* e ao mesmo tempo *referente às profissões*. Essa seqüência do seu relato sugere que ele esteja colocando num mesmo plano a resistência das demais profissões da área da saúde em relação ao projeto de lei do ato médico e as discussões de equipe que têm como eixo a questão da prescrição dos medicamentos.

No momento da entrevista, talvez coubessem mais perguntas a esse respeito: o que ele conhece do projeto de lei? O que pensa sobre o mesmo? Acabei não entrando no mérito da questão: o projeto em si. Limitei-me a tentar situar o que ele entendia por ultrapassagem de

limites, pedindo exemplos, que para Gustavo foi difícil trazer. Seguiu falando de seu incômodo com relação às discussões em equipe, não trazendo nenhuma cena em particular. Percebendo sua angústia em relação ao assunto e também sua dificuldade em mudar o rumo da conversa, retomei a questão a partir de algo que me pareceu especialmente importante: o que poderia ser simultaneamente *peçoal e referente à profissão?*

...o que a gente nota é que há uma distorção nisso e realmente, cada um puxa pro seu assado, quem perde é o paciente. Briguinha de narcisismo e tal... Sei lá, aonde se deixa todo o resto, por isso que é narcísico né, tu pensa só em ti e não pensa no paciente, entende? Então isso aí só atrapalha, por isso que eu acho que a figura de uma liderança em uma equipe é importante, porque a liderança faz com que isso seja amenizado, então sabe dar o devido valor, então aquela coisa de tu... tu bate e ao mesmo tu consola, entende? No sentido de que tu vai lá e conversa, maneja com a outra pessoa, não, não é bem assim e tal.

O outro, enquanto outra profissão aparece no relato de Gustavo como uma ameaça, na medida em que está sempre tentando *puxar a brasa para o seu assado*. Nesse sentido, o questionamento de um colega aparece como um ataque ao seu saber, uma invasão agressiva e com propósito narcísico. O trabalho em equipe, experienciado por Gustavo, tem um caráter de jogo narcísico, onde quem mais perde é o paciente. A saída para isso seria amenizar as *briguinhas narcísicas*. E, para tanto, uma equipe precisaria de liderança. Precisaria de um outro, que desde um lugar de exceção, distribuísse valores de voto, distribuísse a palavra, organizasse a *esculhambação*. Nesse momento, Gustavo conta sobre sua experiência em uma equipe, onde não havia alguém que situasse os lugares, desse limites. Diante disso aconteciam discussões desagradáveis e até mesmo agressivas.

...virava uma esculhambação assim. Sei lá, todo mundo falava tudo, todo mundo dizia o que queria e ninguém chegava a uma conclusão, ficava tudo meio no ar, assim. (...) Eu via que ficava um jogo de pessoas querendo ter razão ali, e aí a coisa não fluía, né?

Em relação ao que nos propomos a trabalhar, fica, do relato angustiado de Gustavo, a questão de que, não raras vezes, o trabalho em equipe torna-se extremamente penoso. Trata-se de um espaço que convida ao exercício da alteridade, com todas as dificuldades inerentes a isso. Nesse sentido, escutar o que vem do outro traz uma boa medida de desconforto. Sustentar uma posição própria, em relação ao conhecimento, sustentar algum saber diante do outro, é muitas vezes, difícil.

Entretanto, Gustavo nos narra outro cenário de trabalho em equipe. O terreno onde impera o saber inquestionável, cujo sustento, por vezes, é impossível. E porque não dizer que encarnar o saber inquestionável é, de certa forma, agressivo? Agressivo na medida em que não dá lugar ao outro. Fazer operar algo de um não-saber, mesmo em relação ao que mais se sabe, talvez seja preciso. Do contrário, diante do saber inquestionável, o outro só se faz entrar a força. A esta altura, o motivo pelo qual se deu o encontro já não importa mais. *E quem perde é o paciente* – como Gustavo bem disse.

Numa certa altura da entrevista, Gustavo passa a falar de sua posição no trabalho em equipe, deslocando seu lugar de fala. Até aqui o foco do relato recaiu, freqüentemente, sobre as ações e posições dos outros.

Eu não vou te negar que eu sou um pouco assim de delegar coisas assim... Tipo, tu faz isso, tu faz isso, tipo, orquestra, cada um tem a sua partitura, leva pra casa e depois a gente toca todo mundo junto, eu acredito assim. Então aí chega, a gente toca, bababá e aí a gente vê o que funciona e o que não funciona, o que está bem e o que não está bem, aí bom, tu tem que estudar mais isso aqui.

Meio maestro?

Eu penso assim. Eu penso que se tem alguém que conduz, as coisas vão bem. Às vezes a gente tem que ser um pouco mais duro, às vezes a gente tem que, não, peraí, né. Da mesma forma que tu tem que ser maestro, tu tem que passar meio despercebido pra não ter essa coisa de narcisismo e tal, porque senão começa a ter muito choque. Eu acho que tem que saber dosar isso aí...

Eis que surge o maestro! Um maestro é essencial para uma equipe funcionar – essa é a tese de Gustavo – do contrário, o trabalho produzido vira um desafino só. A referência à música é interessante, na medida em que coloca em cena a idéia de uma produção em conjunto. Cada um com sua partitura, cada um com seu instrumento. Porém o produto final de uma orquestra – a harmonia da música no concerto – esconde todos os erros e conflitos do ensaio. Será que Gustavo não estaria propondo a supressão desse tempo desarmônico do ensaio? E quem deve ser o maestro?

Assim, tu tem a equipe, mas o que nota? Tu nota assim, quem é o responsável? É o residente, não é o residente da RIS, é o residente médico responsável pelo paciente. Discute-se vorazmente tudo a reunião, e, inclusive, as críticas, não são divididas, mas são colocadas

em alguém da equipe que fica com o médico residente, é a minha percepção. Então assim, e outra coisa, acho que nada mais certo do que o médico residente assumir o paciente...

O responsável pelo paciente é o médico residente. Inicialmente, parece que Gustavo fará uma crítica ao modo de distribuição da responsabilidade, depois parece que concorda que seja assim: *nada mais certo do que o médico residente assumir o paciente...* Ele oscila entre a percepção de que é natural que o médico seja o maior responsável e a de que os demais profissionais deveriam se comprometer mais, dividir mais a responsabilidade com o médico.

A questão que Gustavo nos coloca não é, de forma alguma, simples. Sigamos um pouco mais com ela.

Eu acho que tem que dividir o comprometimento, tem que dividir responsabilidade, pro paciente acho que isso é importante, porque eu me sinto responsável por eles de uma maneira que, às vezes, sozinho. (...) Mas tu vê que não tem comprometimento das outras pessoas em relação ao paciente e talvez, eu sei... tu é psicóloga, né? E eu acho que isso... acho que em medicina a gente tem muito disso, de te comprometer com o paciente e tal, e acho que nas outras áreas isso é um pouquinho diferente.

Como é esse comprometimento?

É no sentido de que quando a gente pega um paciente, parece que o paciente é nosso, peguei ele pra mim. Então, ele, eu cuido, tá? Na medicina, a gente é assim e talvez por isso até a dificuldade de trabalhar com as outras pessoas, essa história de ato médico e blá, blá, blá. Mas isso já vem desde o início da formação, tá? Então quando tu chegas numa equipe em que tu és o responsável, eu me sinto responsável por tudo que acontece, inclusive as críticas, eu pego pra mim. Só que, se tu estás numa equipe, crítica é pra todo mundo, porque todo mundo está trabalhando em cima do paciente. Aí que está o problema.

Ao mesmo tempo em que a importância, para o paciente, de os profissionais dividirem a responsabilidade dos cuidados é sublinhada, Gustavo diz que a relação médico-paciente dificulta, de certa forma, a realização disso. Há aqui, novamente uma insipiente reflexão acerca da sua posição diante dos outros, sejam pacientes, sejam membros da equipe. A fala *Parece que o paciente é nosso* faz pensar num paciente-propriedade, na pessoa como um objeto de cuidado. O outro aspecto que, sobremaneira, chama a atenção diz respeito à inflação do lugar de responsável. Gustavo diz que *pega o paciente pra si e pega toda a responsabilidade e as críticas também.*

Não lhe ocorre convocar a equipe para assumir a responsabilidade sobre o tratamento do paciente. Também não menciona nada no sentido de implicar a família e o próprio paciente no seu tratamento. Durante a entrevista, está muito tomado pela questão de que diante de uma equipe que não se compromete só lhe resta assumir tudo sozinho: sucessos e reveses. Pergunto: e como que é pra ti, que foi formado pra ser responsável pelo paciente, chegar numa equipe grande e ter que dividir essa responsabilidade? Tu consegues fazer isso?

Depende da equipe.

Se, para Gustavo, uma equipe deve funcionar como uma orquestra, que orquestra se apresenta com o *maestro* tocando todos os instrumentos? Porque tamanha dificuldade em trazer a questão do compartilhar responsabilidades para discussão nessa equipe? Será pela posição de residente? Será pela rigidez de lugares na equipe? Nesse sentido, Gustavo estaria esperando que seu preceptor o fizesse?

Quem é que tem que fazer isso? Quem? Eu acho que é a pessoa que está... que está de... Sempre tem aquela, tipo, grupo que a gente faz, grupo de paciente, né, tem aquele que toma porrada, tem o cara que fala mais, enfim... Eu acho que se tem alguém que faça esse meio de campo é essa pessoa que tem que fazer esse tipo de coisa, né, de discutir... Até porque vai ser bem polêmico, dependendo com quem que for. Acho que tem que partir dessa pessoa.

Gustavo estaria se referindo a um porta-voz? E por que isso teria que partir do outro? Mais uma pergunta não perguntada... Efeito que a entrevista produzia em mim. Fui cautelosa, talvez porque eu quisesse tentar escapar desse lugar de quem ataca. Afinal, o que eu escutava é que as perguntas eram ataques.

A desarmonia do trabalho em equipe marcou o compasso de grande parte da entrevista. *A gente sempre lembra mais das coisas ruins*, diz. Seguiram-se, às minhas tentativas de pergunta, exemplos e mais exemplos sobre a falta de engajamento da equipe e sobre sua solidão no tratamento dos pacientes. Produziu-se uma narrativa intensa, repetitiva, permeada de angústia. Era possível sentir que a experiência de formação, para Gustavo, estava sendo bastante difícil.

Como que era tua pergunta? Eu viajei tanto...

Viajaste do *mágico* ao *maestro*.

E, novamente, a referência ao maestro vem marcar uma mudança de compasso no discurso.

É bem contraditório isso do que eu falei, de uma coisa boa, e depois eu só falei mal. Assim ó, lidar com pessoas acho que é desse jeito mesmo, tu tens expectativas e depois tu chega e não é bem assim, acho que não é só pra psiquiatria. Não sei te dizer assim de...

Nesse ponto, Gustavo, como que se olhando de fora, falando de si como um outro, comenta seu percurso na entrevista. Daí em diante, o relato penoso, dá lugar à lembrança de uma cena importante de sua formação. Cena que vem cortar aquela série de frases doídas, sofridas, cansadas da fila da emergência.

Era no início da residência, Gustavo era o único médico presente no CAPS. Chega uma mulher muito mal, parecia estar psicótica. Gustavo não tinha certeza. Ele tinha que decidir sobre se tratava-se ou não de um *ponto de urgência*. Decidiu por encaminhar a mulher para uma avaliação em uma emergência vinte e quatro horas para que fosse internada. Até aí, muita tensão, o peso da responsabilidade de ser o único médico, porém tudo andava conforme as partituras do *maestro*. Foi então que a paciente pede que Gustavo fique com a foto de seu filho.

E aí aconteceu de... pô... de eu ficar naquela coisa “pego a foto ou não pego a foto?” Né? Que foi uma coisa totalmente inesperada. Aí eu “não”. Peguei a foto. Foi bem no início, logo que eu iniciei assim. Eu fiz assim meio que no início, depois “bah será que eu deveria ter pego ou não deveria ter pego?”

Que havia nesse pedido que não pudesse ser aceito? A partir dele, Gustavo tornara-se não apenas responsável pela decisão de internação de um paciente, mas pela internação de uma mulher que se preocupava com seu filho. Arma-se um impasse. O jovem profissional se coloca a pergunta: *o que deveria fazer?* Ele age, mesmo sem certeza. Nesse ato, desloca-se de uma posição de domínio, deixando que o desconhecido, em alguma medida, opere, encontre lugar. Comenta: *às vezes a gente faz as coisas mesmo sem saber.*

Desse dia para o momento da segunda entrevista passaram-se quase seis meses. Quando nos encontramos pela segunda vez, Gustavo começa falando, antes mesmo que eu pergunte, dos efeitos desse intervalo. *Tu vai ver que vai ser bem diferente da outra entrevista,*

me diz. Nesse momento, suspiro aliviada, pois confesso que a primeira entrevista foi bastante difícil. Pergunto o que mudou.

Eu vou partir da percepção de que eu que mudei e não as coisas que mudaram. Eu acho que eu to muito mais... não... não me sinto mais atacado com as coisas que acontecem aqui dentro. Eu consigo entender o porque que isso acontece. Consigo também discernir que, às vezes, é por uma ansiedade, enfim, das pessoas que tão trabalhando. Talvez, de certa forma antes, eu é que provocasse esses ataques.

Sou tomada por uma sensação estranha. Será que ele leu o que eu havia escrito sobre a primeira entrevista? Não! Nem por mágica, nem por maestria! Mas era como se ele tivesse se escutado e me escutado, embora eu não tivesse falado muito naquela ocasião, fazendo apenas algumas perguntas.

Talvez eu, por algum motivo, na verdade tenho uma idéia assim de como funcionam as coisas em termos corporativistas, tinha uma resistência, uma resistência não, um certo... uma predisposição a que me atacassem e eu sentisse isso como ataque e, de uma certa forma, retornasse o ataque. E isso era visível assim porque eu ficava muito irritado com as coisas. Agora é diferente. Eu não fico mais irritado. Não me sinto mais irritado, não me sinto mais atacando. (...) Pode ser por coisas pessoais minhas, mas eu acho que tem muito a ver com como eu comecei a entender como as coisas funcionam aqui. Tá? (...) Porque, querendo ou não, a gente detém muitas coisas aqui, vamos falar em termos de poder assim. E que isso, às vezes, é, se tu tem... dependendo da tua conduta, tu vai ser atacado. Porque tu detém um monte de coisas que de repente tu possa dizer “ah, não preciso disso, que tu faça isso ou que tu faça aquilo. Eu posso fazer sozinho.” E, em conduta médica, às vezes é assim mesmo, a gente tem essa tendência a fazer, por vários motivos.

E o que ficou pra ti da outra entrevista?

Ficou pra mim que eu só agredi. Ficou pra mim que eu fui muito mais agressivo do que eu me sinto agora. Eu não me sinto mais agressivo e não me sinto com raiva. É isso que ficou assim. Até eu acho que eu citei situações, situações em que eu fiquei irritado. Isso é que eu me lembro.

O maestro se escutou. Agora sente uma certa estranheza.

Daí eu fiquei pensando que é estranho né, porque eu não me irrita, eu não tenho entrado em atrito e do mesmo jeito os pacientes tão sendo tratados, tá tudo do mesmo jeito. Que que acontece? Será que...? Alguma coisa tinha né? Porque mudou, mudou a relação. Não que as pessoas antes não me trata... não tivessem a mesma, a mesma, a mesma... o mesmo pensamento. Porque eu sou uma pessoa que sou muito firme no que eu digo assim

“não perai, tu disse isso aí, mas onde é que ta escrito isso aí?” Tipo, eu quero uma coisa palpável, eu quero uma coisa que... não, pelo menos uma teoria que seja lógica pra nós fazermos tal tipo de tratamento. E era muito de achismo e tal. E aí nisso talvez eu fosse mais chato. Agora eu não tenho sido mais chato nesse sentido. Eu tenho escutado mais as pessoas, tenho discutido mais, mas não em termos tão mais firmes, né. Mas no mais eu só não tenho mais me sentido irritado com as pessoas. Eu não tenho sentido as questões sobre os meus pacientes como um ataque pra mim. Eu acho que isso é importante. (...) Dividir trabalho pra mim é difícil. Eu to conseguindo dividir trabalho. Antes eu queria dividir, mas eu não conseguia porque eu achava que as pessoas não davam conta, não faziam o que eu pedia pra fazer, não faziam. Então agora as pessoas tão fazendo, tão me trazendo, eu to conseguindo juntar coisas, da mesma maneira que as outras pessoas tão juntando com as minhas. Né? Então eu acho que isso repercute um montão assim no tratamento dos pacientes. Eu não me sinto tão sozinho pra tratar os pacientes, que é uma coisa que eu achava antes.

Não tomar as questões de forma tão firme, escutar mais, inclusive os achismos, dividir trabalho, juntar as coisas: todos efeitos de uma experiência, inicialmente, muito angustiante de encontro com a alteridade. Retorna aqui algo que apareceu bastante na primeira entrevista: a solidão.

Claro. Muita, muita, muita. Porque? Porque eu não me sentia de alguma forma acolhido, sabe? Não tinha uma equipe. Tu tem um ambiente, que na verdade é pra tu aprender, né? A residência é pra tu aprender. Num ambiente que é hostil a ti, como é que tu vai querer desempenhar alguma coisa sem querer fazer as coisas sozinho? E quando tu tenta mostrar as pessoas te atacam. Ou talvez eu tentasse mostrar, mas eu não conseguisse mostrar da maneira como deveria, enfim, por irritação, por tá irritado por tá me sentindo sozinho. E aí então “ah, quer saber? Se as pessoas não me ajudam, eu vou fazer tudo sozinho então!” Entende? Então, muito um pouco essa percepção. Tem o fato também de que eu me sinto bem mais seguro. Não dá pra negar. Eu posso carregar mais sozinho as coisas. Mas, ao mesmo tempo que eu me sinto mais seguro, como é que eu to me sentindo mais seguro e que eu poderia estar fazendo mais sozinho, talvez, as coisas e agora eu to dividindo? É ao contrário. Seguro, de repente é pra fazer as coisas mais sozinho, mas agora eu divido mais.

A pergunta pela sua implicação no movimento da equipe aparece, repetidas vezes nesse segundo relato. Gustavo percebe-se como mais seguro, inclusive, para dividir trabalho. E eu acrescentaria: para escutar o outro, para escutar-se e colocar-se perguntas. O *maestro* avalia que, naquele momento inicial de formação, deixou-se influenciar por discursos correntes na equipe, principalmente entre os residentes, de cunho corporativista. Pondera:

A minha turma dos três eram todos invocados com essa história aí de trabalhar multidisciplinarmente. Às vezes a gente não dava muito valor assim. To sendo bem sincero. Eu acho que a gente tava criticando de mais e tava, falo por todos, mas principalmente por mim, criticava de mais e tava se irritando com coisas que eram nossas, nem eram dos

pacientes. E isso que tava dificultando o trabalho. Eu acho isso. Agora eu percebo isso. (...) Me serviu naquele momento. Me serviu muito naquele momento porque eu tava me sentindo muito sozinho naquela equipe. Me sentindo sozinho e, ao mesmo tempo, me sentia atacado também. (...) Sinceramente eu boto muito a culpa em mim assim. Tá? Não consigo ver de outra maneira.

Culpa? Sugiro que talvez se trate de responsabilidade e não de culpa, no sentido de que ele também era responsável pelo que acontecia. No momento que pode questionar seu lugar, as coisas mudaram.

Uma responsabilidade compartilhada talvez? Culpa é uma coisa ruim, né? Tem a ver, porque culpa e responsabilidade, nesse caso de ser agredido tem tudo a ver, né? Porque ao mesmo tempo que eu era responsável por aquilo, pelos pacientes, né, que a gente é responsável, de certa forma, tudo que acontecia de errado, eu pegava pra mim, como culpa. Então mudou isso. Eu acho que essa transição entre culpa e responsabilidade. Que eu pude dividir a responsabilidade e, ao mesmo tempo, dividir a culpa, ou melhor, conseguir com que essa responsabilidade fosse compartilhada e diminuir minha ansiedade.

O cenário de trabalho em equipe narrado por Gustavo, nesse momento, difere daquele da primeira entrevista, principalmente porque mudou sua posição na cena. O maestro não está mais tão sozinho e já não se incomoda tanto com a diferença. O que não quer dizer que mudou de opinião quanto a questões de indicação terapêutica que geravam discordância na equipe, por exemplo, a questão da autoridade médica em relação à prescrição medicamentosa e de internação. Trata-se de uma mudança que se produziu em relação às formas e não, propriamente, aos conteúdos.

O que eu consigo perceber assim de quando acontecia isso é que tava diretamente ligado a ao meu poder de decisão. Tava diretamente ligado com um questionamento do que eu achava e não propriamente assim de tá certo ou não. Eu acho que era mais isso. Ah, às vezes tinham coisas muito erradas, tipo, indicação de internação. Tem tal coisa e tal coisa a gente tem que internar. Vamos falar assim, às vezes, eu noto que quem não é assim da área médica tem uma dificuldade de ver que internação é uma coisa boa e que não é um mal trato.

Essa percepção de que o outro vê a indicação de internação como um mau trato talvez estivesse no centro da sensação de ser atacado. Talvez o *maestro* sentisse que o outro lhe acusasse de maltratar. Porém, agora ele já podia dar lugar às diferentes posições surgidas na equipe em relação a uma ou outra conduta. *Eu consigo ver que aquilo ali, realmente, é um pensar diferente do meu. Por um tipo de formação diferente.* Nesse sentido, já não precisava

mais assegurar um lugar de poder, de saber inquestionável, mas podia se aventurar num jogo de diferenças, onde havia lugar para perguntas, para a discussão, para o outro. É a mesma música, que tocada de um modo diferente, faz-se outra. E se a relação com a música já era outra no espaço da equipe, também era na oficina de música, da qual o *maestro* passou a ser o *oficineiro* responsável.

O grupo de música, antes era o Fernando que fazia o grupo de música. Tá, daí a gente mudou, aí não tinha mais o Fernando né, e eu não sei tocar violão, mas eu toco saxofone e canto assim né. Daí tive que mudar um pouco né, tinha o Jurides, que é um paciente que toca violão. Aí a gente mudou um pouco o jeito da oficina, que antes era só tocava e cantava, só. Agora não, agora eles escolhem as músicas, aí a gente fala da música que escolheu, canta, a pessoa que escolheu fala e daí a gente discute ali e depois se canta a música. E isso repercutiu um montão assim. E como as músicas que se seguem é que nem um assunto durante uma terapia de grupo! É interessante assi!. (...) O que que acontecia antes? Algumas pessoas ficavam ali cantando, outras ficavam caminhando pra lá e pra cá. Não ficavam em grupo, em conjunto. E aí só cantava. Logo que eu comecei assim eu tive essa preocupação. “Pô, tem que ser um grupo coeso se não não vai funcionar.” Daí que que aconteceu? No início, vinha ali e dispersava. Daí começou... Olha só! Começou um movimento das pessoas começarem a ficar numa roda, mesmo que fosse atrás da mesa, porque a gente põe os livros ali, as pessoas pegam e lêem. Aí uns conversavam pra lá, outros começavam pra cá. Começou a haver um grupo, em que as pessoas falavam e os outros escutavam. E não tinha isso. E as pessoas escutaram a música, depois da música, falam da música, mas todo mundo escuta e fala e ouve. Aí é diferente. Isso me motivou a fazer e me motivou a continuar. No início, eu tava meio desmotivado assim, não sabia como é que ia ser. Mas enfim, acho que foi bem legal. E aí tinha essa coisa que o Jurides ficava muito, como o Fernando canta bem e toca bem, e tal, e o Jurides não toca bem, ele desafina. E aí até eu quis deixar ele, porque eu deixo só ele. Porque eu canto né e, às vezes, eu nem canto muito assim porque... Ele desafina bastante e no violão também, mas enfim, pô, é o que eles podem fazer e eu vou valorizar o que ele pode fazer. Então às vezes eu deixo ele desafinando, cantando, às vezes eu me meto, canto um pouquinho mais forte pra tentar embalar assim ele um pouquinho. Mas eu deixo muitas vezes ele cantando, valorizo ele, o que ele tá fazendo. Melhor do que eu ficar cantando sozinho como se fosse cantor.

3.3.5 A Astronauta

Rosana entrou na residência de saúde da família e da comunidade buscando aproximar-se do Sistema Único de Saúde, coisa que vinha realizando desde um certo momento da graduação. Contou que teve *uma vivência no VER SUS*, que é um projeto do Ministério da Saúde, só que com iniciativas de estudantes, projetado por estudantes pra conhecer o Sistema e pra discutir sobre o Sistema, pra avaliar, pra pensar sobre e pra se aproximar mesmo. Teve ainda a experiência no *Saúdes*, projeto em que se faziam encontros

entre estudantes de diversos cursos da área da saúde e onde se discutia *como sair do contexto interno de disciplinas* para pensar a *saúde ampliada*. Produziam-se *discussões às vezes ferrenhas. Principalmente por causa das técnicas e de como cada um escolhe a conduta*.

Como efeito dessas experiências, Rosana percebeu que lhe interessava estar entre *peessoas que gostam do coletivo, que gostam de comunidade, de conhecer a família e não só, no meu caso né, não só a boca, os dentes, não só as queixas das pessoas*. Ver a saúde ampliada, não só a da boca, estava em seu horizonte. Com esta disposição a ampliar o olhar na proximidade com o outro, Rosana entrou na residência no fim do verão.

Quando a gente entrou em março, já estava correndo, a gente entrou com o bonde andando. E a gente viu, as pessoas falavam nomes, falavam o nome da rua e nós ficávamos completamente perdidos. Não sabíamos nem direito aonde era o posto. Então a gente ficou meio boiando no início. (...) Porque na área de vigilância, aquelas duas horas muito faltantes assim, muito risco de não fazer nada. Chega lá “ah, não, já tá planejado”, mas não está escrito. Cada um trouxe um caso, aí se decidiu o que se ia fazer e saiu pra fazer a VD, pra ir lá e resolver. Então a gente fica... No início a gente dizia “agora nós vamos sair?” “Agora nós vamos discutir?” Porque ficava assim muito rápido, sabe? Eu penso que parece que está tudo muito dado, tudo pronto. Que todo mundo já sabe o que deve ser feito e saem caminhando, só que às vezes não resolve. Por quê? Porque não foi pensado ou porque não se pensou outras formas talvez de abranger esse caso. (...) Não era uma discussão como a gente pensava...

Entre ruas e nomes desconhecidos, decisões de pouca conversa e muita caminhada, Rosana se colocava muitas perguntas em relação ao trabalho da equipe. O que parecia incomodar-lhe mais era o fato de que nas decisões da equipe estava *tudo muito dado, tudo muito pronto, todo mundo já sabia o que devia ser feito*. Faltavam horas de discussão, espaços de reflexão. Para tentar dar conta das *horas faltantes* combinavam-se encontros entre os colegas, fora do horário da residência, onde as experiências do dia entravam em pauta. *A gente já fez janta, já foi em festa junto, a gente sempre dá um jeito de pegar e “tá, mas aquela família que tu viu, tu lembra o que aconteceu?” Porque aí a gente pensa sobre o que que levou, faz genograma, a gente pensa mais ampliadamente*.

As discussões com os pares, os colegas residentes, possibilitaram a Rosana outra condição de encontro com o desencontro entre suas expectativas e a experiência cotidiana no trabalho. Entre pares, ela pôde colocar essa diferença em questão e construir leituras. Criava-se aí uma zona de compartilhamento, que permitia a Rosana outra posição no retorno ao campo de trabalho. Se de início o que aparece é um excesso de cenas de sofrimento (que a equipe se ocupa em sanar) sem que houvesse possibilidade de entrada para Rosana (como

participante de alguma intervenção), na seqüência, há um endereçamento de perguntas emergentes dessa experiência de excesso ao coletivo de residentes. Esse segundo tempo lhe proporciona alguma apropriação daquele universo, bem como, alguma possibilidade de entrada em cena. Nesse compartilhar, Rosana decolava em direção a seu céu, que há muito era mais amplo que o da boca. Pensar *ampliadamente* e fazer disso uma reverberação no trabalho começava a encontrar vias de realização.

Nessa trajetória, ela teve a companhia de alguém em especial: *a psicologia está muito dentro da odonto*, diz. Parece que o encontro com a psicologia intensificou os questionamentos que Rosana já vinha se colocando sobre as fronteiras das profissões e sobre os limites dos atos terapêuticos. Como efeito desse encontro, Rosana propõe uma topologia das profissões: uma cabe dentro da outra.

Bah, com a psico assim, tem muito da odonto com a psico, que a psicologia está muito dentro da odonto. A gente às vezes não consegue ouvir o paciente, mas tu percebes coisas dele, mesmo de quando ele se apresenta pra ti. E a gente não tinha muito isso. Então quando vem a psico e questiona, o Homero mesmo aqui me questiona muito aqui “tá, mas tu perguntou pra ela sobre isso?” Eu digo: “ah, não sei como é que ela vai responder”. A gente fica num impasse, sem saber muito como lidar com isso, porque a minha parte, ah vai ali arruma o dente, ou sei lá, tira uma lesão na mucosa e vai embora. E aí... Mas eu ouço o paciente, expressões, eu percebo o medo dele, quando ele se esquiva e tal, ou quando ele diz “não, hoje, não”. Então é difícil problematizar, porque, dentro da faculdade, poucas disciplinas problematizam os problemas do paciente, principalmente aquelas mais práticas, de prótese, de estética. Pô, a estética é o que o paciente tem interno né, é o que ele escolhe, mas até tu buscar isso...

Rosana se mostra sensível ao outro, percebendo os pedidos de escuta e se perguntando o que fazer diante deles. O sofrimento do outro emergia como desconhecido, estrangeiro, misterioso. *“Ah, não sei como é que ela vai responder”*, diz, anunciando a dimensão do imprevisível presente em toda escuta. Na companhia da tripulação, a residente lança-se então a espaços não sabidos, órbitas desconhecidas. Sabia *arrumar o dente, tirar a lesão da mucosa*, mas o que fazer com o que o paciente lhe dizia? E o que fazer com seu não saber?

Esse impasse frente à possibilidade de não saber o que fazer com o que o paciente diz é justo. Justo, na medida em que confere importância à palavra do outro e deixa claro que é preciso fazer-se responsável por aquilo que se escuta. Por outro lado, fala de uma paralisia diante do não saber. Remete a uma posição do profissional de saúde como aquele que deve

saber como agir, aquele que sabe como resolver. Paralisia que Rosana se esforçou por combater, já que seu encontro com o desconhecido, com o estrangeiro, com o não saber, lhe impeliu a buscar o suporte e a interlocução com a equipe.

Às vezes é difícil de perguntar porque eu não sei o que eu faço com a resposta. Eu tenho um paciente que... Ele é policial civil. E eu falei pra ele “bah, tu tem um bruxismo muito severo”, de arranhar e gastar os dentes, de ficar se mordendo. E aí ele disse “pois é”. E eu “ah, isso pode ser o estresse da vida”. Ele “é, eu já levei tiro”, não sei o que. E eu “ai meu Deus!” Aí ele começou também... sabe? Ficou muito triste, muito abatido. “Pois é, talvez tu tenha que procurar, um pouco pra relaxar, um momento pra ter pra ti, sabe? Como é que tu acha que tu podes fazer?” “Ah, pois é, mas fica difícil”. Ele mora no beco. Tem essa coisa de ser policial no meio do tráfico, já ter levado tiro. Então, ele vinha aqui com a restauração quebrada. Eu digo “ah, tu voltou a te apertar, tu voltou a fazer bruxismo, não vai resistir a restauração. Quem sabe vamos fazer uma plaquinha?” Aí ele tem o convênio da polícia que ele poderia fazer. Eu “ó, o negócio é isso aí, eu te ajudo aqui da forma como eu posso”. Sabe? É difícil eu tratar uma coisa que é a pressão diária que ele tem de ser morto, de estar na família deles correndo risco, sabe? Com os filhos e com a esposa. (...) Por quê? Porque ele tem essa conversa, sabe? E eu aqui fico nessa coisa de eu querer ajudar, mas não sei como. Tipo eu tento conversar com o Homero o tempo todo, já conversei com o Ricardo.

É, sustentada nesse laço ao outro, nessa referência à equipe, que Rosana tem se lançado a viagens desconhecidas, em que tem feito algumas “descobertas”.

Tem uma família que está toda a vida sendo citada na área de vigilância. Porque, assim, é uma mãe... tudo, assim, saúde bucal menos um. Ela não tem um dente superior, ela é toda detonada. O pequeno tem quatro anos, já está todo detonado também, cheio de cárie. E aí eu pensei assim de “como que esse filho é autista?” (...) A mulher, o marido batia nela e era muito rude, brigava com ela. O menino tem um caso assim bem delicado de mielomeningocele. Sabe quando a coluna, a parte de baixo, o coxis é aberto? O nenê nasce e não está bem fechado. Então ele não tem direito o movimento das pernas, é atrofiado. Ele é um nenê assim. Ele está com quatro anos, mas ele não anda, ele depende muito. Ele é um pedaço da mãe dele. E aí levamos pro Homero, o Ricardo também, todo mundo da área de vigilância já pensou um pouco sobre esse caso. (...) Eles vinham na consulta no mesmo horário. A mãe vinha com a Jane, aqui do lado, que é da enfermagem. E ele vinha comigo. E a gente ficava aqui. Eu não conseguia fazer nada, tudo doía, tudo era ruim. Eu consegui escovar os dentes, não consegui fazer muito mais coisa porque ele não deixava. Mas enfim, na primeira consulta veio ele e ela. E ele ficava o tempo inteiro perguntando “cadê a mãe?” “A mãe tá conversando coisas de mulher ali com a Jane.” Depois a gente reuniu né. E eu aqui escovei os dentes dele. Aí todo esse maquinário era o máximo pra ele. “A nave do dentista”, a gente brincando com as coisas da odonto e aí ele se entreteu. E a Jane falando depois que a mãe ficou o tempo inteiro perguntando “mas será que ele tá com dor? Ela ta machucando ele?” E a Jane dizia “claro que não tá, fica tranqüila, é eu e tu.” (...) A mãe não cuidava dela pra poder cuidar da casa e do menino. E aí agora está mais calmo assim, ela tem vindo aqui na consulta, ele tem ficado em casa. Ele não veio mais no dentista, tem que esperar ele conversar um pouco mais, porque daí eu não podia...

A parceria de trabalho com a residente de enfermagem foi uma descoberta para Rosana. O que ela nomeia como *a parte engraçada* parece ser o ponto alto da inusitada vivência. Uma dentista e uma criança. A criança quase não falava e sem o corpo materno era só dor. A dentista a escovar-lhe os dentes e a colocar palavras no vazio deixado pela ausência da mãe. *A mãe conversando coisas de mulher ali com a enfermeira. A gente brincando com todo o maquinário – a nave do dentista.* Uma brincadeira do espaço! Rosana menciona algo acerca do efeito da intervenção espacial: *ela tem vindo, ele tem ficado em casa.*

Aí tem outra... tem outra coisa ruim. Tem muito uma cobrança de eu não perder uma consulta pra uma... porque eu não posso fazer nada. Mas é de mim também. Eu acho isso horróroso assim. Eu tenho aprendido um pouco mais. A criança vem aqui, ela tem muito medo, a gente vem aqui basicamente pra ela se adaptar ao ambiente odontológico. De entender que não vai doer, que eu não vou fazer nada de mau pra ela e de entender de si, de ela gostar, de ela querer ficar com um sorriso bonito e tudo isso. Então já teve acho que três pacientes que eu mandei embora sem fazer nada. Teve uma que eu cheguei a anestésiar... (...) Ai no início nossa! No primeiro dia eu chorava. “Ai, que droga que eu não consegui! Sabe? Me sentia fracassada. E depois eu comecei a pensar assim “tá...” Porque isso tinha muito na faculdade, sabe? De a gente amarrar a criança pra atender, cinco pessoas na volta da cadeira e eu lá. Aqui não. Ai depois eu comecei a pensar assim “mas o quê? Não tem ninguém pra me ajudar, é só eu. O paciente mora aqui, eu sei onde ele mora. Eu sei quem é a agente comunitária, eu sei quem é o médico dele, a pessoa que tá... tipo a enfermagem ou quem mais atende ele e ele vai voltar. Não tem como fugir. Se ele se mudar, bom aí não tem como.”

O dentista fracassa quando não consegue fazer nada. Em termos odontológicos, apenas escovar os dentes não é muito. Porém, será que a invenção da jovem dentista não cabe dentro da odonto? *Adaptar-se ao ambiente odontológico. Querer ficar com um sorriso bonito. Brincar na nave do dentista. Fabricar mundos no maquinário da odonto.* Talvez Rosana não pudesse medir o alcance do seu ato. O que a tranqüiliza é saber que não precisa amarrar o paciente à cadeira, pois já existe uma rede que o liga à UBS: *ele vai voltar. Não tem como fugir. Se ele se mudar, bom aí não tem como.* De qualquer forma, voltasse ou não o menino, ele levava a nave consigo. E ela já se tornara uma dentista astronauta.

A entrevista com Rosana marcou pela quantidade de cenas do cotidiano de formação que ela pôde narrar. Cenas ricas em detalhes, que iam ganhando vida diante dos meus olhos, animadas pela voz e gestos entusiasmados da jovem dentista. Uma cena seguida de outra e de outra e de outra e de muitas perguntas. “*Que que a gente vai fazer, sabe?*” “*Tá, mas aonde*

que tá a verdade?” “E aqui como é que faz? Olha o que aconteceu! Como é que eu posso fazer?” Um universo de histórias-pergunta.

O ritmo da narrativa de Rosana era acelerado. Ultrapassava a velocidade do som. Sempre um fato novo, outra mudança, mais um risco, mais uma possibilidade de trabalho. É como se ela quisesse, com a urgência, promover a irrupção de mudanças no campo da atenção em saúde brasileira. Tudo se passa como se o profissional de saúde se visse convocado, todo instante, a agir. Rosana narra a relação com um tempo condensado, fora de órbita, que interroga o tempo burocratizado de um certo modo de trabalhar em saúde.

Às vezes eu me dou conta, às vezes não, às vezes só vou me dar conta bem depois, mas tem uma hora assim que o olho brilha assim “putz, não tem nenhum outro lugar que eu queria estar além desse”. Uma vez que eu me dei conta assim... tava eu e o Homero fazendo uma VD e três crianças que não estão mais participando do grupo de crianças. Aí a gente foi lá pra perguntar porque que eles não tinham ido. Porque aconteceu assim, a gente foi no parque, aqui no Germânia, e eles fizeram uma chafurda, os dois assim... São dois irmãos e uma menina. Um tem dez, o outro tem oito e ela tem seis, sete. E aí eles, os dois brigaram, se chutaram, chutaram a bola. Nossa! Se espernearam. Aí um saiu correndo na frente e a gente disse que a gente não ia mais no parque se eles fizessem isso e que a gente ia conversar sobre isso no próximo grupo. E aí eles nunca mais apareceram. Aí a gente foi lá, foi perguntar, daí o Homero perguntava se não foram por causa daquele dia no parque. Eles diziam que não, porque eles estavam no CECOBÍ, porque eles tinham muita coisa pra ver, que a vó que leva. Essa é outro caso de família complicada. Eles moram com a vó, a mãe tem mais seis filhos. Não, eram sete, não oito daí um morreu... A menina pequena adora falar “nós éramos oito, daí um morreu, agora a gente é sete”. (...) Essa coisa de que a vó tinha muito serviço, que não podia estar trazendo eles no posto no dia do grupo e que daí eles estavam indo no CECOBÍ³⁸ sempre, todos os dias.

E o que tinha de tão especial nesse lugar?

...nesse dia que a gente estava lá conversando sobre como... e aí cada coisa que eu via eu “bah, como é que eu não pensei nisso antes?” Eram as coisas que mais me puxavam e que eu via que não tinha outro lugar que eu pudesse aprender do que estando ali, sabe? Sentada do lado da menina, no sofá da sala da casa deles, conversando sobre, descobrindo, entendendo porque.

Conhecendo o planeta da menina do éramos oito, morreu um e ficou sete?

É... Aí o Homero “fala uma coisa que tu gosta e uma que tu não gosta de cada um dos teus irmãos”. E aí eles se descobrindo, eles pensando porque. Eles, entre eles, começaram a pensar sobre o que cada um tinha dito e se riam e diziam “ah, mas eu

³⁸ Centro Comunitário do Bairro Ipiranga.

concordo” ou “eu discordo”. Sabe? Então, esse pedaço assim não tem igual, de tu poder conversar. E aí eu perguntava também sobre o que eles tinham falado. “Ah, mas como é que é bater?” “Como é que é esse brinquedo que tu não gosta?” Porque os dois batiam nela e ela não gostava e o outro porque jogava bola. Teve uma que foi um sarro, porque aí que eu levei a sério a história de que tu fala e às vezes tu fala uma coisa que tu não queria ter dito, mas na verdade tu querias. Isso do inconsciente. E aí eu “ah, ele não quis dizer isso” e o Homero “é, mas ele disse isso”. Disse... como é que era? Porque um gostava de brincar de futebol com o outro. E aí o outro falou “brigar de futebol”. E ele “tá, mas tu falou ‘brigar de futebol’”. E aí o outro falou assim “não, não, eu disse brincar” e aí ele ficou meio, ele ficou assim pensando “não, não era isso”. E aí a Brenda, que é a menina disse. “Mas ele disse”. E aí eu “nossa!” E aí o Homero “Ah, mas vocês brigam no futebol?” E ela “ah, sim, eles ficam se batendo”. Ela que percebia muita coisa da violência. Ficava um batendo no outro. E eles mesmos assumiram assim.

Rosana parecia mais menina que a menina, que brincando não via o tempo passar. O olho brilhava. Nenhum outro lugar pra estar além daquele. Estava admirada com a “descoberta” do colega residente e da pequena menina: irmãos precisam *brincar*, mas também *brigar de futebol*! Rosana nos ensina que aprender também passa por ter um certo olhar infantil. Um olhar curioso, desconfiado, encantado, arteiro. Olhar de astronauta se surpreendendo com o tamanho do universo, de criança descobrindo o mundo e se encantando com ele.

O lúdico encontrava lugar no fazer de Rosana em muitos momentos.

Com as crianças eu falo muito sobre cáries. Sobre como vem o bicho da cárie e come... um pouco das crianças entenderem e de levar um susto, de pensar que tem sim bactérias dentro da boca e que pode prejudicar.

E como é que eles reagem? Não ficam com medo?

Ah, tem uns que nossa! Que na outra consulta chega dizendo que viu o bicho da cárie. Porque daí eu digo pra passar a unha e enxergar e que enquanto tem, tu passa a escova. E eles são muito... criança é muito experta. Tu fala e ela entra na hora. Isso tem bastante da faculdade, porque a gente fazia muito grupos de educação e saúde. A gente ia nas escolas fazer escovação e daí falava sobre cárie. Levava bichinhos, levava coisas. Aqui eu tenho mais o individual, daí eu uso as figuras que eu tenho. Mostro. (...) quando a gente fala das frutas, as crianças chegam em casa dizendo pras mães comprarem frutas. (...) Eu vejo as crianças voltando com menos cárie às vezes, menos placa sempre. Criança volta sempre com menos placa na segunda consulta, porque elas ouvem muito assim. (...) O problema maior é com a alimentação, quando tu vê que passa comendo bolacha recheada, certo que vai ter cárie. Eu fico lá “olha aqui uma cárie de bolacha recheada”. (...) Adolescente já é mais complicado, a gente tem que entrar com a coisa da namorada, do namorado, de como está no colégio, de ter um cheirinho bom na boca e tal. De eles se aceitarem também. De mostrar, aonde que está, como é que tu percebes e aí assim eu consigo. (...) E com a mãe eu tento muito pensar sobre

como que é a alimentação deles, porque que ela põe sempre bolacha na frente deles, porque não uma fruta. Ela fala “ah, pois é, não é barato”. Mas uma fruta é quase o mesmo preço, sabe? E tu botas frutas a vista deles, é mais fácil deles comerem frutas. Mas é difícil, eles chegam aqui com bolachinha na mão.

Rosana envia sua mensagem pensando no destinatário. É marcante sua sensibilidade em perceber a diferença do outro e buscar um modo de fazer a mensagem chegar: *cárie de bolacha recheada... cheirinho bom na boca... fruta é mais barato...* Essas experiências do cotidiano de trabalho têm hora e lugar para serem compartilhadas e problematizadas: o currículo integrado. Rosana se refere a essas tardes como momentos de discussão muito importantes para que ela siga em frente.

Ah, no currículo integrado a gente vê muitas coisas que... porque daí tu tem medicina e as outras profissões, tem a residência médica e a residência multi discutindo coisas, geral assim, de conceitos. E eu nunca pensava assim em conceitos. (...) A gente pensa muito sobre como é o trabalho. Consegue enxergar assim uma coisa organizada. Antes eu nem tinha noção disso e agora eu consigo pensar assim numa comunidade. Como que ela se organiza? Onde estão os líderes? Onde tu consegues referências em saúde dentro daquela família? Ou seja, dentro de uma família problemática, que parece que está tudo acabado, não tem mais nada pra fazer, mas não. Tem alguém, ou tem um vizinho ou tem uma pessoa que está ligada a essa família, no caso dentro do genograma a gente enxerga bem claro isso, que tem um vínculo forte de saúde, ou seja, uma pessoa em que eles confiam, uma pessoa que é bem colocada ali dentro e é vista como uma pessoa que ajuda e que é nessa pessoa que tu vais botar todas as tuas fichas.

A dentista astronauta conta uma história de aprendizagem a partir da qual ela vem constituindo um modo próprio de trabalhar. Fala do trabalho como aposta (*colocar as fichas*), como brincadeira (*foi um sarro*), como descoberta (*bah, como é que eu não pensei nisso antes?*), mas, sobretudo, como disposição ao encontro com o outro.

Eu escolhi ser dentista porque eu gostava da estética, eu queria que as pessoas se sentissem bem, então às vezes fica muito fechado no miolinho. Aí pra ti integrar tem que ampliar. Eu acho que a integralidade é muito um pedaço, um pedaço não, uma forma de tu conduzir os teus pensamentos, as tuas atitudes, o teu planejamento de forma que tu consiga enxergar a pessoa ou o que tu estás buscando que tenha integralidade de forma que tu perceba não só como tu vê, mas como ela quer.

O outro tem centralidade no universo da dentista astronauta. Os efeitos dessa tomada da alteridade como eixo do fazer não é sem conseqüências para as ações no campo da saúde.

A idéia de integralidade, que Rosana vem construindo, é um exemplo disso. Para ela, integralidade é *um pedaço* e não uma totalidade. É ainda um *pedaço* que diz respeito ao que a pessoa atendida *quer* e ao que ela deseja.

Passado algum tempo, em nosso segundo encontro, Rosana me recebe com a frase *Tu deu sorte de me pegar na minha primeira semana de estágio fora*. Parece bem disposta, se não com a mudança de local de estágio (*dois deles no Hospital Conceição e um no Cristo Redentor*), pelo menos com o fato de ter histórias diferentes para me contar. Com *sorte*, pergunto então pelas mencionadas experiências fora da atenção básica. Rosana logo me conta que as coisas mudaram, os locais de estágio são outros, mas que ela segue levantando a bandeira da *integralidade*. Uma bandeira à qual a dentista residente confere uma significação bastante própria. A de que integralidade é o pedaço que diz respeito à escuta de um pedido, de uma demanda, de um desejo que vem do outro. *Na primeira hora de estágio tu vê que o hospital não traz o que o paciente tenta pedir*.

Conta-me então sobre suas primeiras incursões pela atmosfera hospitalar e os primeiros efeitos disso. *No hospital, eu levei esse susto assim! Outro ar! Um susto!* E é sobre esse susto que versa a maior parte de nossa segunda entrevista. Ela, tentando construir uma narrativa que desse conta desse encontro dissonante. Eu, compartilhando o *susto* com ela. Tudo o que ela havia experimentado no universo da atenção básica entrava em choque com a realidade hospitalar. Rosana tecia comparações e comparações entre os diferentes espaços e se perguntava pelas possibilidades de produção de alguma ruptura na lógica totalitária e sem lugar para o sujeito que a atenção em saúde, dentro do hospital, produzia.

Agora essa tempestade aí foi quando eu entrei no hospital e ver aquelas pessoas querendo muitas coisas e elas só conseguiam remédio, sei lá, alguma coisa assim... prescreve, carimba e... Muito triste assim, muito triste mesmo. E mesmo adulto né, eu acho que em outros casos também acontece muito isso, porque não tem muita escuta, tu tem uma consulta de cinco, dez minutos no máximo. Não tem muito o que ouvir né. “Ah, tá com dor, não? Então, vai embora.” (...) porque tu fala muito em nevralgia, em dor reflexa, em dor irradiada, que é dor de tensão, dores que tão envolvidas com outras coisas que não é só a dor de dente. Bom, ansiedade, não vai tratar com relaxante ansiedade. Tu vai ter que fazer yoga, vai ter que pensar no seu dia a dia, enfim ter um acompanhamento, não só uma coisa pontual de dar um relaxante e o cara tá curado, ou fenitoína, amitriptilina. Muita medicação, essas pessoas se entupindo.

Em meio à *tempestade*, ao susto, Rosana conta uma cena. Chega um rapaz, acompanhado do pai, *com duas baita cáries*. Alguém que, segundo a residente, deveria *ter levado essa dor* para a Unidade Básica de Saúde.

Mas não “ah, mas vocês têm tudo aqui.” E aí num desses casos que o guri tava... tu via aquele guri com treze anos, várias coisas, aquele guri não tava só com dor de dente. E isso eu consegui entender depois assim, depois de eu ter passado por aqui. Isso modificou o meu olhar do ano passado pra agora assim. Eu cheguei lá e vi que o guri tá com os hormônios à flor da pele, o pai que fala por ele. Um guri de treze anos que não fala por si? Por quê? E o guri gordinho assim, recluso. E o pai falando “ah não, aqui vocês tem todos os recursos, por isso que eu vim pra cá”. “Não meu amigo, o mesmo recurso que a gente tem aqui o senhor ia encontrar lá na atenção básica”. Mas eu não podia intervir muito porque a preceptora que tava ali, a gente só observa, é um estágio só observacional. A gente fica sentada na maca e ela fica na mesa. É bem aquela coisa de consultório, a mesa, um lá e outro cá. E aí ela prescreveu e mandou embora. Tá e esse guri hein? O que que vai acontecer com ele daqui há, sei lá, dois anos?

Angustuada com a forma de atendimento que ela testemunhava naquele início de estágio hospitalar, Rosana começa a tentar intervir no rumo das coisas.

Aí depois desse momento que eu tava mais angustiada eu tentava conversar com a paciente. porque tava assim ó, eu aqui, tu como a dentista e ali o paciente. Eu de frente pra preceptora e de costas para o paciente. Então pro paciente falar comigo ele tinha que se virar pra trás. E aí muitos acabavam se virando pra mim porque eu perguntava “onde é que tu estuda?” “Mas o que que tu faz durante o dia?” “Que horas que tu percebe que tu tá assim ruim?” “Ah, no fim do dia, não sei quê...” E aí tudo ela tentava ficar adivinhando. Ai que raiva que eu tenho disso agora! Antes eu era ensinada a fazer isso “Ah não, tu tem que saber o que o paciente tem.” Eu não tenho, eu tenho que ouvir dele. “Ah, mas então tu faz isso por isso e tu faz isso por isso.” Não, eu quero ouvir dele. “Ta, mas que hora tu sente? E porque tu acha que tu sente isso nessa hora?” “Ah, pois é doutora, a senhora que sabe.” “Não, mas eu quero saber de ti.”

Se, na primeira entrevista, a jovem dentista falava de seu medo em escutar o que o paciente tinha para dizer e ver-se diante da possibilidade de não saber o que fazer. Se ela vacilava diante do imprevisível dizer do outro, agora não conseguia pensar que um atendimento em saúde pudesse acontecer sem que esse dizer encontrasse lugar na cena. Não esperava mais que o saber estivesse de seu lado e podia apostar na emergência de um saber do lado do sujeito. Em nosso primeiro encontro, essa questão já aparecia formulada teoricamente, mas nesse momento emergia, com toda sua radicalidade, na cena clínica que a astronauta narrava. Aparecia na sua irritação com a postura da dentista preceptora em colocar-se a adivinhar a dor e os pensamentos do paciente. Aparecia no ato de convidar o mesmo a falar,

mesmo que para isso tivesse que se atravessar na consulta coordenada pela experiente dentista. Aparecia no virar-se para trás dos pacientes que respondiam suas perguntas. Nesse virar-se, uma torção no espaço. Efeitos que as palavras astronautas de Rosana, ao colocarem o lugar de saber a funcionar “ao contrário”, produziam naquela tradicional e recorrente cena clínica.

Tinha um que “eu já to estragado doutora, to pronto, não preciso mais ficar nessa vida”. Bah, o cara tri né... O que que aconteceu? Ele levou um baita tombo. Ele nem lembra, ele teve uma crise de síncope. Ele nem mesmo soube explicar, mas também nem deu tempo de explicar, porque precisava dar um rumo naquilo. E tu via que era uma pessoa que... Ah, outra! Ela começou com amitriptila. “Ah, não mais os três primeiros meses vai ser pra te passar essa dor crônica.” “E depois doutora, até quando que eu vou ter que tomar?” “Ah, não, nós não podemos te dizer se tu vai parar de tomar.” Como é que...? Putz! É um antidepressivo, sabe? E aí disse “ah, isso aqui é um antidepressivo que tu vai tomar por um tempo e vai ter um tipo de ação e depois vai ter outra.” E aí tu diz pra pessoa que ela nunca mais vai parar de tomar, sabe? Como é que fica isso? Tu dizer pra ela que ela tá depressiva que ela vai ter que tomar um remédio tri forte, pode criar dependência. Às vezes ela não tem noção disso também, né. Nesse caso tu vê que não é a medicação que vai resolver. Tem que acompanhar, né. “Ah, não, mas eu to no hospital, não vou poder acompanhar, então vou dar uma coisa que vai suprir.” Ou “ah, ele vai dormir muito bem”. Tá, e aí? Que vida que ele vai ter? Dormindo dopado, sabe? Bah, eu saí querendo botar uma bomba nos dois hospitais. Tava indignada! Daí eu chegava aqui... Foi muito ruim assim, porque quarta-feira eu tinha que atender e aí eu vi assim muitos casos de que o que eu tava fazendo aqui deveria ter sido pensado pra aquelas pessoas. Daí eu tava estressadíssima e uma criança ficou nervosa... Bah, ela tava muito detonada! Uma criança que não toma banho, que não tem nada de condições de vida em casa. E aí ela tava muito sofrida. A gente tinha muit problema em trabalhar com ela no grupo de crianças e aqui ela não, não agüentou. Quis ir embora no meio do procedimento. E aí eu também já tava “ahhh!” Bom, baixou as bruxas más hoje! Teve mais crianças que também deram bronca nos outros dentistas que também tavam atendendo. Eu disse “bom, hoje é o dia das bruxas más! Vamos deixar!” Mas aí isso, sabe? Foi pesado. Na quarta eu ter passado por um monte de coisa e na quinta ter atenção aqui, assistência... e também aparecia isso, aparecia outras coisas. E aí eu pensei “ah, será que eu devia ter falado com ela?” Mas bah, foi uma semana pesadíssima!

Tempestade no hospital, bruxas más no consultório odontológico da UBS: afetações de uma experiência de formação de uma jovem dentista, que, como ela mesmo definiu, optou por sair de dentro do céu da boca.

A integralidade só é possível se tu te propor a escutar o paciente, a entender que ele tá inteiro ali, que ele tem demandas pra ti, tem demandas que tu consegue e tem outras que vai precisar conversar com outras pessoas.

3.3.6 O Artista de Rua

Homero entrou na residência em saúde da família e comunidade, levado pelo desejo de experimentar outros modos de trabalhar na área *psi* e disposto a problematizar a *identidade* do psicólogo. *Na verdade não tem uma única identidade. Acho que é isso que a gente tem que um pouco transitar.* Com a entrada no campo da atenção primária em saúde, no início da residência, os primeiros efeitos desse *transitar* já se faziam sentir.

Um desconforto assim, porque (...) porque a gente não tem, ou eu não tinha muito, ou é difícil trabalhar tendo por parâmetros o trabalho em equipe [...] o que eu assim vim sentindo né é que o psicólogo nesse lugar não trabalha sozinho. Ele não trabalha sozinho tentando resolver as coisas ou esperando que cheguem as coisas, mas sim meio que circulando e fazendo com que toda a equipe tome um pouco alguns papéis pra si. E às vezes vendo que às vezes a equipe resolve melhor algumas coisas do que a tua presença. Acho que tem esse desconforto porque a gente não está... Acho que no início eu esperava muito mais casos, casos, pacientes ou que eram encaminhados ou que deveriam ser encaminhados. Como é que pode o médico estar acompanhando alguns pacientes e não passar pra psicologia isso, pro psicólogo? Como pode as pessoas identificarem coisas e não encaminhar? E que... achando que não. Isso é coisa minha, isso é coisa de outra pessoa. E agora eu já estou me questionando mais sobre isso. Achando que tem coisas que sim que acho que têm que ser vistas por alguém da psicologia, mas tem coisas que não. E hoje acho que eu procuro muito mais estar vendo isso com as pessoas da equipe, estar discutindo mais sobre isso com as pessoas da equipe. Só que o difícil, o desconforto é: de que forma é? Como trabalhar dessa forma? [...] E essas coisas ainda são desconfortáveis, porque não tem padrão ou não se tem muita clareza do que que é isso. Eu não tenho né. Mas acho que na atenção primária tem que ser dessa forma.

Conta que tem transitado por lugares de *desconforto*. Vale a pena, para nossa discussão, retomarmos alguns deles. Vamos a eles:

1) Na atenção primária, não se trabalha sozinho, nem tentando resolver as coisas, nem esperando que cheguem as coisas. É preciso *circular* disposto ao encontro com o outro. Para Homero, a lógica da clínica clássica, centrada no saber de um profissional que, se não pode dar conta da situação, encaminha, não funciona na atenção básica. Trata-se antes de um fazer onde está presente o “mais de um”, que põe em cena uma clínica *entre* vários profissionais.

2) *Fazer com que a equipe tome os papéis pra si.* Homero pensa que faz parte do trabalho a escuta e a intervenção na própria equipe. Nesse sentido, não apenas o usuário estaria em questão no que diz respeito às ações de saúde, mas também a equipe e o laço que

esta estabelece com aquele. Assim, caberia ao profissional, desde a perspectiva que Homero nos aponta, convocar o outro a entrar em cena e assumir papéis.

3) *Ver que, às vezes, a equipe resolve melhor as coisas sem tua presença.* Em outras palavras, poder sentir e reconhecer que o próprio saber tem um limite. Esse item, que situamos como o ponto 3 dos lugares de desconforto experimentados por Homero, relaciona-se com o primeiro, na medida em que ambos apontam para as fraturas dos saberes. Porém aqui a ênfase recai sobre algo diferente de um não poder sozinho e precisar da presença do outro. O que está em questão é um dar-se conta da dispensabilidade da própria presença e do próprio saber em determinados momentos. Homero alerta ainda que isso que parece muito simples na teoria pode não o ser na prática.

De que forma lidar com estes desconfortos? De que forma a partir deles constituir um modo de trabalhar em saúde? De que forma produzir um fazer mais nômade? Um fazer que não fixe uma identidade aprisionadora? De que forma se não há um padrão? Ele se pergunta. Experimentar e ultrapassar esses três pontos de desconforto exige um descentramento de si mesmo. Do contrário, nem desconforto, nem perguntas, nem...

Eu estava lembrando agora que eu te falava de uma paciente de ontem assim. Chegou a agente comunitária relatando o caso né, que a irmã dessa pessoa, dessa paciente disse que... relatando assim que ela não estava conseguindo dormir, estava... gritava à noite, chorava muito durante o dia e a irmã dessa paciente dizendo que ela escutava vozes. As vozes indicavam pra ela fazer coisas. Ela me descrevendo um quadro de psicose, crise. Que isso era do passado, que ela já tinha feito um tratamento, meio que resolveu, mas que agora estava retornando de novo. E como isso é diferente assim... do trabalhar dessa forma. Porque isso foi numa VD. Isso não foi... não foi buscar o serviço, não foi bater lá na porta "ah, quero agendar uma consulta". E aí eu fui junto com essa agente comunitária pra ver melhor assim o que aconteceu. E se aproximando dessa pessoa, claro, ela traz a tona a situação dela, mas já traz outras informações né... Por exemplo, lá ela não observa os problemas que a irmã observava, mas ela já ia dizendo algumas coisas. Que ela não estava conseguindo dormir à noite, chorava durante o dia, mas referindo com relação às vozes, que ela escutava no passado, isso não acontece mais e trazendo assim que não ia buscar... contradições né... que ela não ia buscar o posto porque o posto não tinha como ajudar ela, já ajudou como deveria ajudar. E aí ela tinha sido encaminhada... ela buscou a ginecologia do hospital aqui e aí... o que ela traz assim essa pessoa é que a ginecologista retirou todas as medicações dela, porque ela não precisava mais da medicação, que isso que ela estava sentindo era coisa que toda mulher sentia. Então... E eu estou te trazendo isso porque no prontuário dela tinha um contato que ela teve com a enfermeira lá do posto, que a paciente referia como se ela também fosse ginecologista e estivesse lá no posto. E aí o que me pareceu conversando com ela né, naquele momento, foi que assim a presença de um psicólogo lá não tem sentido nenhum porque ela está muito mais interessada com essas coisas de mulher da ginecologista.

...nem invenção.

A experiência de Homero na escuta da moça que *não foi bater na porta do posto para pedir consulta* parece que lhe mostrou algumas possibilidades. *De que forma? Saindo do lugar de “resolver as coisas” ou de “isso é comigo”. Escutar o sujeito, buscando saber a quem, ou a que outro, ele se endereça é uma forma. Ela estava muito mais interessada com essas coisas de mulher, da ginecologista, do que a ginecologista disse, do que é importante, do que é ser uma mulher e o que que sente uma mulher, que as mulheres choram. Aquilo não era comigo. Aquilo era com a ginecologista.* Chama a atenção o modo como se produz aí uma escuta sensível à possibilidade de um endereçamento. Homero preserva isso, sustentando esse outro que a paciente nomeia: *“a ginecologista”*. O que menos importa é que a ginecologista não é ginecologista, mas enfermeira. É com ela que a paciente tem algo *pendente*.

Uma tal escuta apenas é possível se o profissional renuncia o lugar de grande outro, a quem tudo diz respeito, suportando não estar no papel principal e se disponibilizando a fazer aparições coadjuvantes, porém não menos decisivas para o desfecho da história. *A Laura pode trabalhar muito mais esse retorno dela pra ver essa questão da medicação, as coisas que não estão bem com ela agora do que eu. E aí eu acho que é essa ligação que eu vou fazer, essa relação. Então, agendar um horário, conversar com a paciente disso que a gente esteve conversando, das coisas que ficaram pendentes com a ginecologista lá do posto né, que foi como ela referiu, pra que ela possa voltar...* Por fim, estar atento ao tempo de entrar em cena e fazê-lo no momento oportuno, não se isentando da responsabilidade é importante. *Posteriormente, essa pessoa, essa mulher, se começar a se indagar sobre algumas coisas ou se quiser falar sobre isso ela pode chegar...*

Mesmo que nosso residente consiga narrar algumas formas de transformar o desconforto em possibilidades de trabalho, a questão lhe segue nebulosa. Mas algumas questões vão ficando claras...

...o que fica mais claro é que quando tu não estás numa equipe de saúde... o fato de estar numa equipe de saúde mostra que tem várias necessidades de saúde, né, uma determinada pessoa. E isso parece que fica mais claro o fato de que, que é óbvio, mas que às vezes não se tem. Quando se está fora de uma equipe de saúde tu achas que o teu fazer dá conta de várias coisas e que não é assim. Eu acho que é importante eu saber que tem essas outras coisas todas e que a equipe também está vendo isso. Então dá pra meio que compartilhar o cuidado. E que aquela pessoa também tem contato com outras pessoas da equipe e fora da equipe e que isso também contribui pro seu estado de saúde. Que não é só a tua função. Que o teu fazer não é ilimitado, que tu não pode fazer tudo.

Uma equipe multiprofissional daria visibilidade às necessidades de saúde de várias ordens que um indivíduo possui. Estar numa equipe faria então com que o profissional lembrasse, a todo o momento, que há algo fora da sua alçada, algo que ele desconhece, o que coloca em cena a parcialidade dos saberes e das posições desde onde operar o *cuidado*. Nesse sentido se criariam as condições para um *compartilhamento do cuidado*: outra possível resposta à pergunta que Homero se faz no início da entrevista. Aqui, ele nos aponta algo interessante: se alguma medida de alteridade se coloca, um *compartilhar* torna-se possível. Porém será que a consideração da alteridade das várias profissões numa equipe de saúde bastaria para produção de modos menos normativos de trabalho em saúde?

Eu acho que tem assim um paradigma bem claro definido que é o biomédico, a questão biológica, corporal, pontual e aí tem alguém que sabe como é que tem que ser, alguém que conhece, alguém que prescreve, alguém que diz o que tem que ser feito. Aí tem um outro assim que é o que se tenta trabalhar que é o da co-responsabilidade, do procurar criar autonomia, do procurar construir junto com a pessoa, que é o que se procura, que é o que se tenta, mas muitas vezes eu vejo cair sempre no paradigma dominante, que é o que está mais forte enraizado, que é o da tutela. “Nós sabemos o que tem que ser feito, faça como eu digo, tem que ser assim se não não dá.” [...] E eu estava me lembrando... Aí no trabalho em equipe às vezes isso acontece também. Na hora de pensar ou na hora de dialogar a partir disso, isso também predomina entre a equipe “não, as coisas tem que ser assim, tem que fazer isso, isso e isso”. O que às vezes dificulta o ouvir a comunidade, dificulta planejar junto, dificulta construir as coisas em conjunto. O que eu observo é que sempre tem uma tentativa pra que isso seja feito dessa forma, mas que às vezes acaba caindo né pra esta postura de autoridade, autoritária, de que tem alguém que sabe.

Mesmo tratando-se de uma equipe multiprofissional, muitos momentos de trabalho acabam produzindo intervenções normativas, baseadas num saber *a priori*, que institui um dever: tanto do lado do usuário, quanto do lado do profissional e da equipe. Impera o “*ter que*”, de que nos falava a Alquimista. Nessa equipe, narrada por Homero, o saber está no centro, e as profissões se unem não para compartilhar a partir de seus limites, mas para se colocarem como bloco de saber total. Nesse sentido, uma equipe multiprofissional não seria garantia da produção de modos de trabalhar não normativos, que dessem lugar ao usuário como sujeito, ou seja, a *co-responsabilidade* de que Homero nos falava. O que então daria condições para que algo dessa se produzisse?

Anteriormente, Homero falou-nos de uma equipe onde a alteridade não diria respeito apenas à presença das outras profissões, mas também à consideração daquilo que fica fora da alçada da equipe, fora do Sistema de Saúde, e que também opera como produtor de *cuidados*. *Aquela pessoa também tem contato com outras pessoas da equipe e fora da equipe e isso também contribui pro seu estado de saúde*. Como se a vida lá fora furasse o sistema todo poderoso dos saberes e práticas em saúde. Nesse sentido, as possibilidades de cuidado, as respostas para os pedidos de ajuda, de cura, de tratamento, não estariam apenas num sistema fechado constituído a partir de uma acumulação de conhecimentos e técnicas, mas na escuta da singularidade. Uma equipe que dá lugar ao sujeito em sua singularidade colocaria a alteridade, e não o saber, em seu centro. Esta posição traz algumas conseqüências.

O objetivo do grupo é a questão da... trabalhar com as crianças o lúdico, o brincar em si né. E aí trazendo pra questões de aprendizagem, a questão de saúde, mas não é o foco principal, é mais a questão do lúdico assim. Esse espaço de socialização entre elas. (...) Às vezes é difícil pras pessoas que estão coordenando sustentar, porque também é um trabalho diferente, é um trabalho que exige uma certa flexibilidade, muita flexibilidade. Não tem uma estrutura definida então cansa um pouco né. (...) Poder usar o lúdico pra expressar coisas e estar... Então eu acho que é importante manter né, mesmo que a gente fique nesse lugar desconfortável das coisas que acontecem. A gente nunca sabe que vai acontecer. É, isso é bom assim. O que é difícil é nunca, às vezes a gente tem a sensação de que teria que estar mais previsto algumas coisas. Ter uma forma de se preparar pra certas coisas que vão acontecer, mas não tem como, então a gente se lança assim... “vamos ver o que que vai dar hoje.” (risos) O fato de a gente levar alguma coisa pronta... Pode ser que a gente leve e que elas não queiram fazer nada daquilo assim. Mas aí a gente pode criar junto.

É um fazer com um componente de imprevisibilidade grande...

Sim, muito grande. (risos) (...) Mas a estrutura pode aparecer aí, não tem como estruturar previamente, mas tem uma estrutura, tem um modo. Tem que suportar o início que não tem como planejar coisas, até a gente planeja, organiza, mas na hora é tudo diferente...

Homero vai trazendo, em seu relato, as tais *formas*, pelas quais ele se perguntava no início. Em seu estilo de trabalho, opera uma temporalidade que se diferencia dos tempos instituídos de trabalho burocratizado. Há lugar para o imprevisível, para a diferença entre o planejado e o ocorrido, para que a estrutura apareça *a posteriori*, para a repetição criadora do lúdico. Há um *lançar-se* no tempo.

Aí teve aquela situação do paciente, que não está bem clara a estrutura, se é perverso ou psicótico, que aí conta que teve um relacionamento com o sobrinho. O quanto é complicado eu estar fazendo algumas coisas com ele, porque ele está vindo pra trabalhar... pra contar, pra ver algumas coisas, tem o alcoolismo, tem o quanto ele também não consegue manter relacionamentos com pessoas. E aí eu não tenho como estar interferindo nisso e dizer "então eu vou te denunciar ao conselho tutelar". "Vou te denunciar e tu não vai poder seguir aqui comigo, porque...", mas aí tem pessoas da equipe que podem fazer isso. (...) Então tem toda uma história conturbada, mas não sou eu que vou dizer se ele pode ou não ficar com a filha dele. E aí ele conta que se envolveu, que está gostando do sobrinho dele, mas que agora... que teve uma relação com ele. (...) Claro, não pode ser assim, mas nesse lugar aí é difícil de eu estar... Tem coisas que é importante que algumas pessoas façam e outras não façam né. Esse caso está ainda espinhoso, porque aí ele desaparece e ele volta. Agora ele desapareceu. (...) ...até agora eu não sei o que eu faço. A gente vem discutindo direto com o psicólogo e com a assistente social. E como dá choque isso, porque eu entendo o que o psicólogo fala, eu entendo o que a assistente social fala, eu tenho a minha preocupação também com esse adolescente, mas a gente não conseguiu avançar ainda em algumas coisas.

Há, nessa cena, um dilema. Um certo tensionamento de lugares: o terapeuta do *homem que está tendo um relacionamento com o sobrinho versus o profissional de saúde*. Daí decorrem muitas perguntas: seguir a escuta e deixar que outro profissional se encarregue da denúncia? Seguir a orientação do psicólogo ou da assistente social? Encarregar-se da denúncia e encerrar a terapia? Que haja posições divergentes em relação ao mesmo tema na equipe é interessante, pois há espaço para a pergunta, há espaço para o dilema. É um bom começo. Como dar encaminhamento à situação é que são elas. Em outra cena Homero nos narra seu impasse em relação à notificação de um caso de HIV. Uma moça, sua paciente, não quer procurar seu ex-marido que a infectou para que ele assuma isso e notifique sua doença. Homero, como profissional de saúde, deveria orientá-la a fazê-lo. E como terapeuta da moça? Tratam-se de situações em que as diretrizes de saúde contrastam com a escuta da subjetividade. Será que o trabalho na atenção básica convoca o profissional de saúde mental a experimentar, algumas vezes, um dilema que se poderia formular como: a escuta do sujeito versus o cumprimento da norma de saúde?

Depende do modelo de atenção básica, porque eu acho que uma coisa é o acompanhar. O que tensiona é o dever ou não. "Deve ser assim". "Tem que ser dessa forma". "Tu precisas fazer isso". Isso que tensiona, que é esse ideal assim. "Não, essa situação não é uma situação adequada pela saúde, nós somos profissionais de saúde, sabemos... Então se tu continuar assim, não dá. Tem que ser assim." Agora enquanto acompanhar e poder estar junto, observando essa situação, e procurando intervir nas possibilidades que vai se abrindo, aí é uma possibilidade. Agora tu ter o ideal lá em cima e a todo momento ter que chegar àquele ideal lá em cima, parece que é uma situação impossível,

né. Mas a escuta é possível, só que pra ti escutar tu tem que esquecer um pouco os ideais. (...) Acho que um dos únicos “deve ser” é sair disso, sair desse ideal que deve ser atingido e tentar pelo menos acompanhar e estabelecer aí o que que é possível ou não. Claro que tem todas as questões de saúde envolvidas, mas as pessoas morrem também e vão continuar morrendo... exagerando muito né. A gente não vai poder... tem coisas que nós não podemos fazer. Que coisas é possível produzir pra que a pessoa possa também perceber a situação em que está e tomar alguns cuidados quanto a isso. Mas o tensionamento que tem é sair desse lugar de “eu sei o que que tem que fazer”.

Sair do lugar?

Uma cena em especial? (...) Não sei, me chamou a atenção esse processo que a gente está vivendo essa semana na unidade. (...) Nesse período agora, que a unidade está fechada, porque está em obras, outras atividades estão podendo ser feitas e até alguns atendimentos não no posto, na própria casa das pessoas, que é possível muitas situações e que eu não sei porque que não é feito. Porque às vezes eu acho que isso fica um distanciamento da equipe com a comunidade e fica um distanciamento entre a equipe também. (...) A gente foi fazer uma abordagem com uma família que a gente recebeu o relato da escola, foi um trabalho da área de vigilância, daquele grupo que a gente se reúne, discute o caso e pensa estratégias de intervenção. (...) E aí a gente chega lá e, sei lá, não é tudo isso assim que a escola traz ou na escola ele é assim, mas lá ele não está assim. Eu imaginei que ia ser muito difícil se aproximar desse menino. Ele foi abandonado pela mãe, ele passou a ser cuidado pela mãe das meia irmãs dele. Então ele foi sofrendo abandonos, vários abandonos. O pai faleceu, a mãe que passou a cuidar dele, mãe também das irmãs, faleceu. E as irmãs também não querem ficar com ele, dizem elas que nunca quiseram ficar com ele. E a situação extrema de a pessoa que é responsável por ele dizer que às vezes tem vontade de matar ele, que se ela pudesse ela mataria ele. Essas coisas estão acontecendo, mas o quanto a nossa presença lá acho que vai servir de suporte pra esse menino, que na escola parece que não está sendo possível ele ter um suporte lá na escola com a professora. (...) E aí ele estava muito curioso pra saber o que que a gente estava conversando lá dentro, a agente comunitária ficou brincando com eles lá fora, mas aí eles começaram a entrar, foram entrando e aí... eu também encerrei a conversa, deixei outras pessoas lá dentro e fui lá fora com eles, porque eles pegaram uma bola pra jogar. Ele, o menino de onze anos, e a prima dele de dez anos e aí já foram possíveis algumas coisas. Já consegui agendar um horário com ele, ele topou me contar essas coisas que acontecem na escola. Ele já foi brincando com essas coisas que acontecem lá, dizendo que ele incomoda mesmo, mas daí tem outro menino que incomoda e ele não vê muito problema nisso. E aí a prima dele estuda na mesma sala que ele, também pode fazer parceria com ele pra poder ajudar nessas coisas que acontecem na escola. E aí ele já foi mostrando que sabe jogar futebol, que ele ensinou a prima a jogar. (...) É que às vezes as coisas acontecem... Aconteceria também no consultório, mas que essa coisa confinada eu acho que... não só em espaço, mas do profissional, né, às vezes não ter possibilidade de abrir, ver outras coisas. (...) Por isso que é bom que o posto está fechado...

Como sair do confinamento? Confinamento de olhar, de pensamento. Com o posto fechado a rua pede passagem...

No segundo encontro, a seis meses da primeira entrevista, Homero começa por contar-me que algumas das suas rotinas mudaram. Nas atividades teóricas, seguem os seminários do currículo integrado, nos quais as discussões têm versado sobre as ações programáticas em saúde: *programa de saúde da mulher, programa da gestante, programa da criança*. As maiores mudanças ocorreram nos estágios. *Eu acho que na primeira entrevista, eu não tinha passado por um estágio que é o De Volta pra Casa³⁹. Aí agora esse primeiro semestre eu to fazendo um estágio num serviço secundário, na atenção secundária, que é um CAPS.*

Como tem sido a estada no CAPS?

Meu estágio é com morador de rua, com louco morador de rua. Tá sendo bem bom assim, muito difícil, mas dá pra dar uma virada em muitas coisas, bem interessante. Então a gente tem contato com o PSF sem domicílio, mas é muito mais com a equipe do CAIS. (...) A proposta é trabalhar com situações invisíveis pro serviço de saúde. Porque o morador de rua, ele não é visível e o louco de rua é mais invisível ainda.

Como é que tem sido essa experiência de rua e do invisível?

O contar eu acho que eu vou ficar muito impactado com isso porque tem sido muito impactante. (Silêncio) O que é mais difícil assim é se deparar com a morte assim, isso é o mais difícil. (Silêncio) Que até então a gente vê questões da morte enquanto sofrimento, enquanto... não tão real assim e na rua fica muito... E aí eu fico muito impactado por algumas situações, por exemplo, de uma moradora de rua, psicótica, que se tem tentado vínculo com ela sem muito sucesso e aí se faz algumas ações, mas aí se perde, porque também os serviços não tão estruturados ou também não têm né um olhar pra atender. O serviço lá tem, mas o serviço de lá precisa de uma rede que em Porto Alegre tá meio difícil. E aí fica uma situação... Uma cena... A moradora de rua com uma toca na cabeça de bicho. Psicótica, circulando pela praça, com um buraco de, sei lá, quatro dedos de profundidade, uma toca cheia de bicho. E aí circulando sem... completamente autista, fechada. É possível fazer uma abordagem, a agente comunitária conseguiu, nós conseguimos acionar a Brigada, a SAMU. Não foi necessário, ela entrou sozinha. Se montou todo um aparato pra auxiliar a agente comunitária, ela circulando com aquela pessoa, numa rua movimentada, no meio da praça. E aconteceu, mas aí vai num outro serviço, o serviço entende que não, que ela tem que ir num outro lugar primeiro tratar daquilo pra depois ver uma medicação que vá ajudar a conter ela também, um antipsicótico, uma coisa assim. Aí tem visões diferentes, aí tem “não, não é aqui, tem que ir pra outro lugar”, aí ou é a visão de que tem que trancar ela, confinar, sem pensar depois ou largar tudo. (...) Então isso incomoda, incomoda muito. Ela precisaria de uma internação, teria que ter uma internação. E teria que pensar alguma coisa depois da internação, mas não tem né. Isso incomoda muito.

³⁹ Neste estágio, os residentes participam de uma equipe multiprofissional responsável por planejar o pós-alta hospitalar de crianças, referenciando-as aos serviços de atenção básica, bem como realizando outras ações de cuidado que se julguem necessárias.

Nessa clínica a céu aberto, Homero, que desde o início se dispusera a *transitar pelo desconforto*, talvez estivesse encontrando os impasses mais intensos de sua experiência de formação. A dor invisível da rua, sem nome, nem endereço: *corpo toca cheia de bicho no meio da praça*. Fez-se uma narrativa de silêncios e olhos cheios de água.

Que não cabe em nenhum lugar. Tá na rua, tá solta, tá espalhada... Nenhum lugar cabe, nenhum serviço consegue oferecer lugar. (...) É, e quando é possível tem que ter nome, RG, CPF, nome do pai e da mãe, data de nascimento. Então é o que a gente se depara né. (Risos) É, então aí a gente pega a Edite, que não sabemos se é esse o nome dela mesmo e aí vamos fazer um RG pra ela. (...) Tem que comunicar a perda de documento... Acionar o Ministério Público...

Homero demonstrava sua indignação com os entraves da burocracia pelo riso, que logo deu lugar à outra lembrança dolorosa.

Aí logo na segunda semana lá eu presenciei um suicídio também. É presenciar entre aspas, porque teve... A gente tava no serviço daí chegou esse morador de rua, que nós não conhecemos, e foi lá se despedir. E no momento não... tentamos se aproximar dele, tentar ver o que tava acontecendo com ele. Ele não queria ver nada disso, só queria comunicar, não quis falar mais nada. As únicas coisas que ele falava era enquanto certeza, enquanto decisão tomada, que era isso que ele ia fazer. Aí ele... Não tinha como segurar ele lá. Ele seguiu e aí a gente já se organizou pra em seguida ir pro lugar em que ele costuma ficar ou pro lugar onde conhecem ele. Nós não conhecíamos, mas a equipe conhecia. A equipe ficou preocupada, lá do serviço. Mas aí nós saímos, tinha engarrafamento, o trânsito tava complicado. E aí nós passamos e vimos que tinha um atropelamento e que aí era ele. Daí fomos reconhecer o corpo, alguém tinha que fazer isso. (Silêncio)

Uma última possibilidade: *presenciar entre aspas a morte e reconhecer o corpo*. Corpo de um homem que, *cheio de certeza, foi se despedir* e que na morte se fez visível. É muito difícil trabalhar com isso, dizia Homero, que reagia aos próprios silêncios colocando em questão a organização da rede municipal de saúde.

E aí pensando como é que tão organizados os serviços, os serviços não tão organizados pra receber, pra atender, pras emergências que tem. Então fica difícil, acho que um pouco enquanto conhecimento, nas equipes, né, com as pessoas, mas também serviço, porque não tem serviços. Não tem serviços substitutivos, não tem... hospital pra emergência é o PAM 3, que agora tá fechado. Então isso incomoda muito. E aí tem o plano de saúde mental de Porto Alegre, que tá bem escrito, diz as coisas que tem que ter, mas aí não tem né. Tinha um prazo, que acho que era esse ano, mas aí não tem nada. Previa os CAPS, tinha os CAPS, tinha equipe de saúde mental em cada distrito, que é o mínimo do mínimo, do mínimo e que não tem. Não foi organizado. E aí se sabe das disputas políticas que tem, do quanto se montou um plano pra também acho que não sair do papel, enfim. (Silêncio)

É um trabalho em que se lida com muitas impossibilidades...

Mas que é possível que aí se vê o que se produz também, se vê pessoas que não tinham nenhum vínculo com ninguém e o quanto que se começa a ter vínculos e se começa a retomar minimamente a sua vida ou ter a sua vida, tanto no CAIS, abrigos, albergues, pensões pagas. Se consegue o benefício, a pessoa consegue. Acho que pra alguns é da ordem do impossível porque não tem rede, porque a rede não sustenta. (...) Mas o interessante desse... que eu comecei em março, passou dois meses né... esse acompanhar essas situações de rua e também acompanhar o que uma equipe de saúde mental consegue fazer com as pessoas que tão na rua, também mostram possibilidades de trabalho. O contato com o abrigo, montar um plano terapêutico, mas aí também mostra um outro modo de trabalhar que não é... que acho que é mais comprometido né, mais engajado. Porque... não sei bem... a gente dá um horário e tu vem, aí se tu não vem eu vou pensar que é resistência e não vou mais te ligar e aí eu não sei o que aconteceu contigo né. É de outra pessoa que a gente tá falando.

Se as impossibilidades eram muitas, por outro lado, havia também o que fosse possível. Via inserção em espaços de problematização acerca da saúde pública – o que Homero tem procurado realizar, participando de uma comissão de discussão de políticas públicas no CRP/07 e de reuniões no Conselho Municipal de Saúde – ou pelo engajamento num fazer clínico que aposta na emergência de um sujeito, Homero visibilizava possibilidades.

Aí tem um morador de rua que a gente acompanha na segunda de manhã e a gente ta conseguindo assim... Acho que ele tem nos esperado já, na rua. Então já é uma outra relação que a gente ta conseguindo ter com ele, né. Depois que a gente sai de lá ele segue as caminhadas dele, mas pelo menos ele nos espera. E aí a gente tem tentado inventar coisas com ele né. Levar rádio pra escutar, porque isso é uma coisa que ele dizia. (...) É da música ele dizia muito do som, falava... viajava um monte assim, música clássica. Começou com um jornal né. A gente sempre levava um jornal pra ele. Então ele pega um jornal e fica lendo e aí nessa leitura ele fica viajando em tudo quanto é coisa. E aí um dia ele ficou falando em música clássica e não sei quê... falando um monte. Daí tá então vamos tentar um rádio. Falamos do rádio. Daí ele disse “ah, faz tempo que eu não escuto...” Ele chegou a dizer que fazia tempo que ele não escutava música, então “bom, vamos tentar aí”. E a gente conseguiu ver um dia a escrita dele, uma escrita maluca pra mim. Pegamos um dia ele fazendo conta. “Dez grammas, vinte grammas, trinta grammas, mil grammas.” Mas ele vai dando abertura né. Só essa abertura que ele dá acho que já tem muita coisa que dá pra fazer. O difícil é daí trabalhar, tentando, sempre Tateando. (...) E aí a gente leva música pra escutar com ele e conseguimos tirar uma foto dele já. Isso acho que fez um efeito bom pra ele, ele conseguiu se ver, se reconheceu, não sabe o nome dele ainda mas... vamos ver o que que sai daí né. (...) A gente chegou com a máquina, a gente explicou pra ele que a gente gostaria de tirar uma foto dele, que ele poderia tirar foto das coisas que ele gostaria. Ele não disse que sim nem que não. Não mostrou nada de “não não façam isso”. Aí nós tiramos a foto com a câmera digital e aí eu mostrei pra ele. Aí ele olhou assim, não entendeu muito. Aí eu tirei uma foto da outra

peessoa que me acompanha e também acompanha isso e conhecia ele há meio ano mais que eu, mas que também a gente não tava conseguindo acessar ainda ele, né. Então tirei uma foto dela, aí mostrei a foto pra ele. Ele viu que era a ela. Aí ele já meio que quis brincar com isso. Aí ele quis ver como é que funcionava. Aí ele associou com televisão. Aí ele olhava a foto dele e mexia os braços assim... “Não, tá parado”. Daí eu “tá parado, é só uma foto, não é uma televisão, é como se fosse”. E aí, a princípio ele se estranhou, ele disse “não, a barba ali não”. Mas aí depois já ele começou a ver que era ele. Mas aí nós “E o teu nome?” “Não lembro”. (...) Então tá indo por aí. Imprimimos a foto, ele não quis ficar com a foto. Segue por aí né. Aí com a música, aí ele escuta a música, tem falado do balanço, do sentido do som, o sentido do samba... Ele segue com o discurso dele, tem falado em dançar, fica se balançando. Mas aí ele, a marca do radio é “live star” e aí ele diz que é “Livre Estar”. Então ele não sai daí, a gente tá propondo algum passeio, algum lugar que ele queira ir. Tomar uma coca-cola, que é uma coisa que ele diz, né. Tomar uma coca-cola, soltar pipa. Quem sabe? Mas é “Livre Estar”.

Nesse *transitar*, desejo de um jovem psicólogo que apareceu desde a primeira entrevista, a rua e seus invisíveis têm lhe mostrado possibilidades de trabalho. Possibilidades de uma clínica de *música, de balanço, de som, de “live star”, coca-cola e pipa*. Uma clínica de rua e de invenção.

Por mim eu iria todo dia lá. Isso funciona assim. A gente vê que dá efeito, mas... tem um limite também nosso. Mas a gente tem tentado inventar coisas com ele.

4. PERCURSOS REVISITADOS

Para pensar as possibilidades de produção de novos modos de trabalhar em saúde mental a partir da configuração de dispositivos multiprofissionais de formação, construímos um pensamento, à primeira vista, em três planos: história, experiência e ética. Entretanto, uma leitura atenta dos capítulos anteriores permitirá ao leitor perceber que, em cada um deles, as três dimensões estiveram presentes, embora apenas uma delas estivesse em relevo. Do encontro entre história e experiência, surgiu a pergunta pelos modos de relação à alteridade presentes no campo de formação e trabalho dos profissionais de saúde. Construímos a idéia de que a inscrição da loucura no campo da *doença mental* teria operado no sentido da domesticação da alteridade, na medida em que essa nomeação retirou da experiência da loucura sua condição de enigma. Também afirmamos essa espécie de captura em relação à identificação do sujeito à *unidade bio-psico-social*, bem como à concepção da formação em saúde como processo apenas de aquisição de habilidades técnicas. Apontamos aí para a replicação do lugar de objeto no campo da atenção e no campo da formação, sublinhando que os efeitos normalizantes incidiram em pacientes e profissionais (FOUCAULT, 2004).

Desse modo, se através da história interrogamos o lugar de especialista do profissional de saúde, posição de falsa soberania; discutindo as condições da experiência, propusemos que a constituição de uma posição singular desde onde trabalhar poderia retirar o profissional do lugar de objeto, em que é mero reproduzidor de algo que não lhe implica como sujeito. Trabalhando o *unheimlich* freudiano ([1919] 2003) e a *hospitalidade* de Derrida (2003) situamos o lugar de produção do sujeito numa zona de fronteira, em que se conjugam o estranho e o familiar, o anfitrião e o estrangeiro. Ali onde, do encontro com o outro, uma apropriação poderia emergir. Essa qualidade de apropriação só seria possível na consideração da alteridade e, desde então, soberania alguma se sustentaria. Daí a diante jogamos com a hipótese de que a construção de um modo singular de trabalhar em saúde e a produção de um lugar de sujeito para a pessoa atendida estariam intimamente relacionadas. Apenas a tomada do outro como enigma, poderia reverberar em uma posição singular desde onde escutá-lo.

Na articulação entre história e ética, o ponto de pergunta se fez em relação aos efeitos moralizantes da promoção da vida biológica ao estatuto de bem supremo do homem (ARENDDT, [1958] 2005 e LACAN, [1959-60] 1997). As ciências da saúde estariam então a serviço da manutenção da vida e da promoção dos modos adequados de se relacionar com ela. A colocação das normas de saúde no lugar do bem e deste como ideal ordenador (LACAN,

[1959-60] 1997) dos modos de trabalhar em saúde teria sido um dos modos de apresentação do movimento que fez do espaço social lugar de desdobramento das questões de sobrevivência. Sobre a esfera social destacamos que seria um campo de produção de homogeneidades mais do que do exercício das diferenças. Por outro lado, a esfera pública seria o espaço em que as ações produziram as distinções entre os homens, terreno habitado por um espírito, largamente, agonístico (ARENDRT, [1958] 2005). Pensando com Lacan as relações entre a ética e o trágico, sublinhamos que esse espírito agonístico diria respeito à própria relação do homem consigo mesmo. Desse modo, a ação, na sua dimensão trágica, colocaria em relevo a desmedida, a *hybris*, o desconhecimento como próprios do humano. E, nesse sentido, uma ação que buscasse inscrever a diferença não poderia partir do conhecimento *a priori* como garantia do encontro com o bem (ou da promoção do bem), mas apenas de uma posição singular no laço ao Outro, de onde o saber apareceria como efeito.

Nesse ponto, a pergunta se constituiu em torno de como introduzir a possibilidade do exercício da diferença no campo da atenção e da formação em saúde. Ou ainda, de como fazer desse terreno um lugar semelhante ao espaço público de que nos falou Hannah Arendt, onde os homens são iguais na diferença e não nos comportamentos. Dito de outro modo, a pergunta recaiu sobre as possibilidades de introdução da dimensão trágica da *existência* (LACAN, [1959-60] 1997) no universo de produção das ações terapêuticas. Desde então, construímos a hipótese de que a configuração de um espaço de compartilhamento das diferenças nas ações de cuidado poderia potencializar a produção de modos singulares de trabalhar em saúde. Nesse compartilhamento, entraria em cena tanto a dimensão estrangeira do outro, quanto sua face de alteridade absoluta (DERRIDA, 2003). Assim, compartilhar implicaria, de um lado, consensuar sentidos e estabelecer contratos (dimensão simbólica) e, de outro, dar lugar àquilo que não entra no registro do sentido (dimensão real) (LACAN, [1959-60] 1997).

Buscamos também na noção de cuidado à *existência* (TENÓRIO, 2001), trazida pelas reformas mais recentes no campo da saúde, uma saída para a questão da introdução do exercício da diferença nos espaços de formação e de atenção. Porém, discutimos o paradoxo que a definição de *existência* como objeto da ação terapêutica coloca em cena. Por um lado, a *existência* como foco da atenção poderia apontar para a insuficiência da técnica no que diz respeito ao ato terapêutico, mas, por outro, correria o risco de inflar o ideal, pela criação de formas ainda mais amplas de normalização da vida. Isso na medida em que a *existência* fosse inscrita no campo dos fenômenos apreensíveis pela racionalidade científica. A idéia totalitária da atenção ao indivíduo como unidade *bio-psico-social* (COSTA, 2004), trabalhada no

primeiro capítulo, operou nessa direção. O sujeito, pensado como unidade, seria então atendido por um profissional capaz de intervir na totalidade de suas demandas. Nessa medida, se, por um lado, o conceito de saúde teria deixado de ter uma conotação estritamente biológica; por outro, a inclusão do psicológico e do social no campo do saber científico teria a potência de ampliar a ingerência dos discursos normativos sobre a existência. Assim, algo que poderia romper com a apreensão totalitária da subjetividade não teria feito mais que alargar esses domínios e suas conseqüências. Na confusão entre a idéia de *atenção integral* e atenção total (CAMARGO, 2005) também esse paradoxo pode ser conjugado. Pois, se a integralidade for pensada como forma de incluir a totalidade das demandas do sujeito no campo do saber científico, ela se tornará mais um dos possíveis da novidade a serviço do mesmo no terreno das práticas e saberes em saúde. Foi assim que buscamos atentar para os efeitos contraditórios que uma mesma proposição, tomada de diferentes perspectivas, poderia gerar. E que buscamos construir uma reflexão sobre o trabalho em saúde dando visibilidade aos intentos de ruptura e seus avessos.

A pergunta sobre a introdução do exercício da diferença no campo da atenção encontrou na tomada da *existência* como o que resiste à apreensão pela racionalidade um encaminhamento possível. Novamente, colocamos o acento na dimensão trágica da clínica, em que o sofrimento do outro só pode ser acolhido como enigma. É oportuno recordar aqui que loucura ocupava na Antigüidade esse lugar de enigma que interrogava a vida organizada na cidade. E que, ao passar a signo de anormalidade, ela perdeu sua força de colocar questões para o laço social. Não se trata de idealizar a experiência da loucura, mas de apontar a importância de se devolver ao sofrimento humano seu lugar de alteridade, de diferença irreduzível e sua potência de colocar questões para os modos de vida. Aqui faz todo sentido pensar que a cidade como envolvida no *cuidado*. Não apenas porque ela oferece diversas possibilidades de visibilidade para o singular, mas porque, ao dar lugar a essa alteridade, ela mesma e seu próprio destino entrariam em questão. Dioniso e sua entrada estrangeira na cidade, Antígona e sua oposição a Creonte como representante da soberania e do bem, e Édipo em Colono sustentando a fronteira entre Tebas e Atenas estariam aí para nos lembrar disso.

E, se a cidade pode ser um dos lugares de acolhida à existência, é porque ela é lugar de encontro e de produção de laços. É no encontro e no laço singular ao outro que a diferença se atualiza. Não se trata apenas de pensar que a pessoa atendida se apresenta como diferença diante do profissional e de todos os outros sujeitos que ele já atendeu. O próprio profissional

pode experimentar-se de um modo diferente de si mesmo a cada passo. Não ser indiferente à diferença seria condição da constituição de um modo singular de intervir no sofrimento do outro e aí começaria o *cuidado*. Nenhum conhecimento ou ação, fundamentados em uma norma, colocada no lugar do bem *apriori* (LACAN, [1959-60] 1997), poderia acolher a existência. A norma, como garantia da promoção do bem, parte da igualdade para agir na direção de prolongar a vida biológica. É a isso que se opõe Lacan quando nos diz que “a vida não quer sarar” (LACAN, [1954-55] 1985, p. 292). O que quer então? A vida quer entrar na existência. Dar hospitalidade (DERRIDA, 2003) à existência seria a possibilidade do *cuidado* contra o ideal produtor de “*administradores de almas*” (LACAN, [1954-55] 1985, p. 292).

Seguindo com a temática da configuração de lugares de produção de singularidades no que diz respeito à atenção e à formação em saúde, nos perguntamos se os espaços multiprofissionais de formação e trabalho, na medida em que fazem diferentes profissões conviverem, teriam o potencial de inscrever o cuidado no terreno da *existência*. Em que medida a presença do outro, como outra profissão, afetaria os modos de relação à alteridade, produzidos no espaço da atenção? O que garantiria que o campo de formação e trabalho em saúde, mesmo habitado por diferentes profissões, não acabasse por reproduzir a racionalidade normativa, dando relevo a conhecimentos e técnicas em detrimento da singularidade dos encontros? Para seguir o encaminhamento dessas perguntas tentaremos mapear elementos cuja presença poderia facilitar ou inibir a produção de modos de trabalhar em saúde que acolham a existência a partir de uma retomada das histórias e das experiências contadas pelos residentes.

Quando trouxemos a história (contada por seus atores) de constituição de um espaço multiprofissional de formação no seio de uma instituição historicamente marcada pela hegemonia do saber médico, tentávamos dar conta da questão de como as legislações (que buscavam reformar a atenção e propor novas modalidades de formação em saúde) ganhavam vida no cotidiano dos serviços. *Montando cenários de formação*, vimos que essa vida se produziu pela abertura de espaços de encontro, mais ou menos desejados, em que os tensionamentos, estranhamentos e desconfortos se fizeram presentes. Encontros que resultaram, por vezes, na produção de posições de interrogação que convocavam os sujeitos à invenção, assim como, outras vezes, na produção de respostas obturadoras que chegavam antes das perguntas. Dentre os pontos agonísticos, encontramos: a criação de espaços integrados de formação para residentes de todas as profissões, a assunção da função de ensino em relação aos residentes de todos os núcleos por todos os profissionais dos serviços, as

aproximações e intersecções possíveis entre os campos de trabalho e formação da atenção básica e da saúde mental, a *regionalização* dos serviços, e ainda, a diretriz *resolutividade* das ações em saúde. Estes pontos falam, sobretudo, dos impasses que as ações que buscavam renovar os modos de trabalhar em saúde introduziram no cotidiano dos profissionais. Trabalharemos então a partir dos percursos de formação narrados pelos residentes, de forma a pensar como os pontos de tensão elencados operaram na produção dos modos singulares de trabalhar, bem como nos elementos que facilitaram ou inibiram a construção de formas de acolhida à *existência* no terreno da atenção.

4.1 UM OLHAR PARA A *INTEGRALIDADE*: a astronauta e o lúdico

Sobre o percurso de Rosana, poderíamos dizer que ele desdobrou uma pergunta: como construir a *integralidade* da atenção? Vinda de movimentos estudantis que colocavam a questão do Sistema Único de Saúde em debate, desde seu início de residência, ela se perguntava pelas possibilidades de oferta de uma atenção integral aos usuários. Seu maior impasse residia na transformação do seu universo de atuação: a atenção odontológica. A valorização da técnica, bem como a preocupação com a finalização dos procedimentos fazia parte da forma de trabalhar que a graduação em odontologia tinha lhe ensinado. A partir de alguns encontros sua pergunta sobre a *integralidade* foi ganhando outras formas de se enunciar, até o momento em que se transformou na questão “como escutar o outro?” Como introduzir uma escuta do sujeito num espaço reservado para procedimentos, eminentemente, instrumentais e técnicos?

Lembrando a colocação de um dos profissionais de saúde mental, quando ele dizia que na atenção básica não era possível abrir mão da resolução objetiva das demandas de saúde ali emergentes (cf. p.62), o que, de certa forma, parecia estar a serviço da manutenção de um abismo entre os dois espaços de atenção, poderíamos dizer que não foi isso o que a experiência de Rosana nos mostrou. Atendendo a um policial imerso nas pressões da violência urbana e do tráfico de drogas, alguém que sempre voltava à unidade de saúde com as obturações quebradas e os dentes desgastados pelo bruxismo, ela construiu algumas

questões: *Como tratar uma coisa que é a pressão diária que ele tem de ser morto?* Demanda de saúde que não encontraria lugar em um modelo de atenção centrado na prescrição de modos adequados de viver, mas encontrou acolhida na escuta de Rosana. Nenhuma prescrição normativa daria conta de resolver a questão que o sujeito lhe endereçava. A jovem dentista se questionara sobre as possibilidades de atender àquele sofrimento singular e desconfiara que a resposta estava no que o sujeito lhe dizia. Porém, *o que fazer com o que o paciente diz?* Essa pergunta, desdobrada da questão inicial sobre a *integralidade*, colocou escuta e responsabilização lado a lado. Rosana nos mostrou que uma não poderia existir sem a outra. Na posição de responsável por uma escuta e pelos limites de seu próprio saber, a residente buscou a interlocução com a equipe. Encontrou na parceria do colega psicólogo um horizonte de possibilidades de trabalho.

No encontro com um menino, Rosana construiu a nave do dentista e, embora tenha sentido que fracassaram suas tentativas de levar a cabo os procedimentos odontológicos, ela se descobriu intervindo nas possibilidades de construção de um mundo para a criança. Um mundo em que poderia haver o faz de conta, a brincadeira e não apenas a dor da ausência do corpo da mãe. Novamente, foi na parceria com um colega de equipe que essa descoberta se fez possível. A residente de enfermagem estava junto com Rosana naquela construção. Desde aí, a dentista astronauta inventou um modo próprio de pensar a *integralidade*. *A integralidade é um pedaço, de forma que tu perceba não só como tu vê, mas como ela (a pessoa atendida) quer. A integralidade só é possível se tu te propor a escutar o paciente, a entender que ele tá inteiro ali, que ele tem demandas pra ti, tem demandas que tu consegue e tem outras que vai precisar conversar com outras pessoas.*

Quando nos perguntávamos qual o efeito da introdução de racionalidade regionais (LEBRUN *apud* MEZAN, 2002) nos espaços de formação, buscávamos pensar quando o encontro com o outro inibe ou potencializa o trabalho. Nos dois campos de formação pesquisados, a questão dos espaços integrados de formação teve desdobramentos diferentes. Na saúde comunitária, o potencial produtor das regionalidades parece ter encontrado lugar mais facilmente. A experiência de Rosana nos fala, em alguma medida, disso, assim como a construção de um currículo integrado também pode ser pensada desde essa perspectiva. A criação de um espaço de encontro entre diferentes saberes (mais do que de hierarquia entre saberes) bem como a valorização do não saber e da pergunta (mais do que do conhecimento e da resposta) parecem ter se configurado como elementos decisivos no sentido de potencializar a produção de modos de trabalhar como o de Rosana.

O percurso de Rosana nos ensina sobre como se constitui um modo próprio de pensar o trabalho a partir do encontro com o outro. Seu modo de dar lugar à alteridade passava por um certo olhar infantil. Diante do desconhecido: o susto, o medo, a admiração, a suspensão dos sentidos estabelecidos, que permitiam o surgimento de perguntas simples, mas potentes. Aquele tipo de perguntas que as crianças fazem e diante das quais se fica, muitas vezes, sem resposta. Aquele tipo de perguntas que aqueles muito familiarizados com a vida já não se fazem mais. Aquele tipo de perguntas que conserva a estranheza da existência, que mantém o mistério e que não se contenta facilmente. Era daí que partia o olhar da astronauta. E foi assim que Rosana inseriu o lúdico no seu cotidiano de trabalho. Lúdico no sentido da produção de sentidos inéditos e do questionamento das fronteiras estabelecidas. Ela fez uma profissão *cabendo dentro da outra*, assim como fez *uma nave espacial cabendo dentro do consultório odontológico*. O outro, como paciente, estava ali para fabricar perguntas com ela. E o outro, como outra profissão, ali estava para sustentar um espaço de compartilhamento para as mesmas.

No fim das contas, em sua construção acerca da noção de *integralidade*⁴⁰, Rosana retirou a *atenção integral* do campo da totalidade para inscrevê-la como parcialidade, na medida em que oferecer uma *atenção integral* também passaria pela constituição de um estilo próprio de escuta do sujeito, bem como implicaria uma responsabilização por essa escuta. Quando falamos de estilo sempre nos referimos à produção de uma apropriação, que coloca

⁴⁰ Alguns autores do campo da saúde coletiva têm buscado pensar a integralidade a partir da idéia de escuta das necessidades dos usuários, levando em conta seus contextos e modos de viver, bem como da construção da autonomia destes no cuidado com suas próprias vidas. É o caso da discussão realizada no texto *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde* (CECÍLIO, L. C., 2001), situado no livro *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, bem como no texto *Entre Tramas e Redes: Cuidado e Integralidade* (JUNIOR, A. S., ALVES, C. & ALVES, M., 2005), que compõe o livro já mencionado anteriormente *Construção Social da Demanda*. Desde nossa perspectiva, na interlocução com a experiência de Rosana, buscamos desfazer a associação entre escuta e necessidade, já que esta última nos remete, em psicanálise, a algo que diz respeito estritamente ao organismo biológico. Pensamos que a escuta se inscreve para além do campo da necessidade, a saber, o registro da subjetividade e do desejo. A questão da autonomia, por outro lado, nos parece mais interessante de ser trabalhada pela via da produção de uma responsabilização sobre o próprio padecer e sobre os próprios modos de levar a *existência*. A responsabilidade seria então algo a construir de forma diferente com cada sujeito escutado, dentro de suas possibilidades singulares. Foi nesse sentido que produzimos, numa aproximação ao percurso de Rosana, um sentido possível para a noção de integralidade, sem pretender apagar todas as outras possibilidades de sua interpretação. Trata-se antes de dar visibilidade a um modo singular de se relacionar com as diretrizes do SUS no cotidiano do trabalho. Podemos pensar que a integralidade se apresenta como um prisma que aqui foi a apresentado a partir de uma de suas possíveis faces. Não incluímos em nossa reflexão a perspectiva da integralidade como indissociável da intersectorialidade, algo apontado por muitos pesquisadores da área da saúde coletiva e que nos parece, extremamente, pertinente. Porém, no item 4.3, numa discussão acerca da construção de uma rede de atenção capaz de acolher a *existência*, pensamos trazer para a discussão elementos que estão na interface integralidade/intersectorialidade.

em cena, inevitavelmente, um saber parcial. Quanto à responsabilidade⁴¹, Rosana nos mostrou que ela convoca a singularidade do profissional, mas que é sustentada no laço com o outro (que pode ser a equipe de saúde). Seria então nessas condições que a integralidade operaria como um facilitador da produção de modos de trabalhar que acolhessem à *existência*, pois como ideal totalitário ela apenas inibiria esse movimento.

4.2 ENSAIANDO A *RESOLUTIVIDADE*: o filósofo e o tempo

Se a pergunta que marcou o percurso da astronauta se dirigia à *integralidade*, podemos dizer que o filósofo pautou sua história de formação na construção de uma reflexão sobre o tempo. Construção que lhe permitiu colocar questões para o tão mencionado princípio de *resolutividade* das ações em saúde. Logo de início ele nos disse que sabia o tempo de resolver uma *dor de garganta*, mas não sabia sobre o tempo em jogo numa intervenção *psicossocial*. Deparou-se com uma família em sofrimento e em precárias condições de vida, quando seu primeiro impulso foi o de resolver o que estava errado. Pensou em chamar a polícia, chamar a vigilância sanitária e todas as instâncias normativas que se poderia imaginar. Aquela vivência de caos, de dispersão lhe levava a querer pôr ordem naquele espaço, com urgência. Mas, que ordem? Rafael deparou-se com *uma fronteira nebulosa*. *Até onde vai o meu papel? Ou até onde vai o papel do posto? Até que ponto o posto tem que intervir ou até que ponto isso é a história de uma família e a gente não deve intervir porque são pessoas enfim? Essa fronteira é uma fronteira muito nebulosa pra mim. Então foi isso que me tocou muito assim, sabe?* Recuou, pensou de novo, deu tempo ao tempo. Na constituição de uma posição de pergunta, introduziu-se um intervalo entre o vivido e a urgência de agir.

Em que medida, simplesmente, retirar à força os cachorros da casa e “salvar” Paulo do encerro de anos resolveria algo para aquela família? De que modo a simples prescrição de normas de convívio e de cuidado com a casa e com a higiene traria saúde para aquelas pessoas? Que efeito teria a entrada de uma polícia da saúde naquele espaço familiar? Por

⁴¹ A questão da responsabilidade do profissional será discutida mais amplamente nos itens 4.5 e 4.6 deste capítulo.

outro lado, como não minimizar o fato de que naquela família os membros viviam de uma forma que oferecia muitos riscos a sua saúde física? E como não esquecer que havia nela dois membros que estavam isolados do convívio social há anos, compartilhando seu espaço de vida apenas com animais? Impasses do *cuidado* que uma demanda complexa como a daquela família imprimia em Rafael.

Em torno da problemática da *resolutividade*, podemos dar destino a esses impasses, situando ainda algumas perguntas: como ser resolutivo, escapando do lugar de *administrador de almas* (LACAN, [1954-55] 1985, p. 292)? Como trabalhar com a *existência*, como algo que resiste à apreensão pela técnica, sendo resolutivo? Como ser resolutivo sem agir de forma a excluir o sujeito? Lembremos a colocação de um dos profissionais da saúde mental quando ele sugere que a questão da *resolutividade* (cf. p.62) estaria mais do lado de uma clínica que visa esbater o sintoma do que daquela que busca escutar a subjetividade. Afirmação que marcou a impossibilidade da introdução da *resolutividade* no campo da escuta do sujeito (tarefa que seria, por excelência, pertencente ao campo da saúde mental) e que inscreveu esse princípio na clínica, para ele, eminentemente, objetiva da atenção básica. Diante disso, nos perguntamos se haveria diferenças na apropriação desse conceito num e noutro campo de atenção.

Voltando à experiência de Rafael, poderíamos dizer que, no desdobramento de sua intervenção, ele pôde acolher a alteridade que se apresentava naquele momento de forma absoluta: *o quadro da dor*. Em relação àquele universo desconhecido e “caótico” Rafael, decididamente, viu-se sem recursos para intervir. Resolveu a questão não a resolvendo. Renunciou a sanar o que ele enxergava como problema e pediu entrada na morada da família para pensar melhor no que poderia ser feito. Encontrou cachorros habitantes da casa, uma foto de casamento e uma conversa inesperada com a menina Paula que não saía de casa há anos. Aos poucos, aquele vivido intenso e disperso foi ganhando moldura, leitura.

A acolhida do sofrimento do outro põe em cena sempre algo inédito e, nesse sentido, uma decisão clínica que se endereça à existência implica uma leitura. Uma leitura é algo muito diferente de um cálculo. Ler e calcular implicam posições distintas. Enquanto, neste último, uma resolução exige o encontro do resultado acertado, que já está dado *a priori*; na primeira, trata-se de uma construção a partir de possibilidades. Possibilidades que não se desdobram no campo do “tudo pode”, mas são limitadas e constrangidas pela posição de quem lê, bem como pelo texto que pede leitura. O resultado de uma leitura sempre coloca em questão o lugar desde onde se lê. O filósofo nos fala disso, em seu percurso: *eu me inquieto*

muito mais com as dificuldades de abordagem à pessoa que tá na minha frente. Eu tenho essa tendência oposta. Eu to achando que eu vou encontrar nessa pesquisa pessoas que não se perguntam como é que tá a sua abordagem. Rafael se pergunta sobre sua posição de leitura ao longo das entrevistas realizadas. Em seu modo de refletir sobre as ações empreendidas, ele sempre se inclui na reflexão. Inclusive em sua pesquisa de conclusão, ele abordará a saúde do próprio trabalhador de saúde (os médicos de família e comunidade) como algo que interage com seu modo de promover a saúde da população.

E se diante da família de Paulo, a primeira reação de Rafael foi a de querer calcular rapidamente a intervenção, a segunda foi a de dar-se o tempo de poder constituir um lugar de leitura. Foi então que o filósofo levou sua questão para a equipe: como ser resolutivo diante de uma demanda psicossocial? E trabalhou no sentido da retomada de um espaço de discussão de casos complicados na unidade, assim como na construção de possibilidades de a própria equipe pensar sobre seu funcionamento. Aqui Rafael anos aponta o seguinte horizonte: um espaço de compartilhamento acerca do trabalho deve incluir a possibilidade de os profissionais e a equipe pensarem sobre suas posições de leitura.

É assim que a experiência de Rafael nos convoca a pensar sobre como a questão do tempo interfere na construção de uma ação *resolutiva*. Seu percurso colocou em cena diferentes perspectivas do tempo. De início, a suspensão da temporalidade, onde a vivência da dispersão apontava para a urgência do agir. Em seguida, a emergência da posição de interrogação diante do desconhecido, que na admissão de uma fronteira (*nebulosa*) introduziu um intervalo, fazendo a temporalidade operar novamente na cena. Uma temporalidade retroativa, na medida em que sua leitura construiu o vivido. A operatividade dessa construção implicava ainda a produção de um outro tempo: um tempo de narrativa e de compartilhamento. A partir desse compartilhar, Rafael foi construindo outras condições de ler e de agir, bem como de pensar sobre a *resolutividade* no terreno da atenção psicossocial.

Poderíamos dizer, com Rafael, que se a *resolutividade* fosse pensada apenas como a capacidade da ação de extinguir sintomas, ou seja, como correção de um desvio à norma, ela não teria lugar em nenhuma clínica que se propusesse a dar lugar ao sujeito, seja ela no espaço da atenção básica, seja no campo da saúde mental. Ser resolutivo implicaria fazer a subjetividade atravessar o campo da objetividade. Pois se a resolutividade implica objetividade no sentido do encaminhamento da problemática que se apresenta, o resultado disso não está dado *a priori*, mas dependerá do percurso. O percurso é, justamente, isso que tem a ver com a intervenção da temporalidade. Ele começa na suspensão dos sentidos pelo

encontro com a alteridade podendo desdobrar-se na produção de uma posição de pergunta e de leitura *aposteriori* até à configuração de um tempo de compartilhamento. Tempos e momentos que, desde nossa perspectiva, criam as condições de produção dos atos terapêuticos. Uma ação que desconsidera esses efeitos de percurso, operando na lógica do cálculo mais do que da produção de uma posição de leitura, excluiria o sujeito da cena do *cuidado*. Nesse sentido, a experiência de Rafael nos permite propor que a *resolutividade* tomada como cálculo inibiria as possibilidades de se acolher à *existência*, mas, se for pensada como leitura, poderia abrir um horizonte de formas para essa acolhida.

4.3 CONSTRUINDO A REDE DE ATENÇÃO E O LAÇO TERAPÊUTICO: o arquiteto e a cidade

Edson entrou na residência com o objetivo de trabalhar na efetivação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Desde o início, preocupou-se em realizar uma aproximação entre atenção básica e saúde mental, dedicando-se a um trabalho junto às unidades básicas de saúde. O eixo de interrogação de seu percurso parece ter sido: “como ligar o CAPS ao *mundo lá fora*? Como conectar serviços para construir uma rede de atenção? Como promover o encontro dos usuários com a cidade?” Questões que ele levava consigo para as oficinas, para os atendimentos individuais e para os espaços da equipe, mas que não eram de exclusividade sua, já que, por exemplo, a regionalização dos serviços foi um dos impasses das equipes de saúde relatado por preceptores. Lembremos o relato de um dos profissionais do CAPS que dizia: *regionalizar serviços é novidade pro hospital. Os profissionais que trabalham no hospital não têm noção disso de que a saúde é regionalizada. O paciente chegou ali, bom “eu atendo”, e na hora de devolver “vá pro seu postinho”*. Aqui a regionalização da atenção aparece colocando questões para as lógicas de atendimento e *devolução* de pacientes que se perpetuam nas ações de referência e contra-referência, onde o sujeito está num lugar de objeto.

Desse modo, algo interessante, no pensamento de Edson, era a forma como concebia a relação dentro/fora da instituição. *O CAPS não é só aqui dentro. Tem um mundo lá fora,*

vamos ver esse mundo! Como se a instituição não pudesse restringir-se às paredes de sua instalação, mas precisasse estar presente no espaço da cidade. Edson acompanhava os usuários em atividades na rua e trazia a rua para dentro do CAPS, através da Oficina de Fotografias, de Maquetes, etc. É como se com seu fazer o arquiteto estivesse fazendo as fronteiras entre o CAPS e *mundo lá fora* ganharem uma estrutura moebiana, onde o fora também passa por dentro e o dentro também está do lado de fora. A presença da equipe do CAPS nas unidades de saúde, a presença dos profissionais das unidades no CAPS, a circulação dos usuários pela rua, o convite para que pessoas de fora da equipe realizassem trabalhos dentro do CAPS foram apenas alguns exemplos, que apareceram nas falas dos residentes e preceptores, que poderiam ser pensados como modos de tornar mais porosas as fronteiras institucionais. O reconhecimento do trabalho da atenção básica como também sendo da ordem da atenção em saúde mental, questão que Edson trouxe já no começo da primeira entrevista, também aponta nessa direção. Reconhecimento que ganha ainda mais importância se lembrarmos a colocação de um dos profissionais da atenção básica, quando ele nos disse que *44% das demandas* que chegam às unidades de saúde dizem respeito a questões de saúde mental (cf. p.65).

Na relação que Edson estabelecia com os pacientes (e com as produções dos mesmos), bem como com os colegas de equipe também algo dessa disposição de lugares se desenhava. A fronteira entre o que era produção sua e dos oficinantes, por exemplo, era difícil de ser definida. Da mesma forma que isso acontecia com suas idéias e as dos colegas. Ele, que tinha uma questão com a organização da cidade, escutou a questão dos oficinantes sobre a cidade ideal e deu lugar a ambas na Oficina de Maquetes. Ele, que se interrogava sobre as possibilidades de autonomia dos usuários, escutou no trabalho da colega assistente social uma forma inventiva de pensá-la: *dependência não é diretamente o oposto da autonomia*, ter autonomia não é ser independente, mas *depende de várias coisas ao mesmo tempo*. Prestando atenção em seu modo de trabalhar era possível perceber que o lugar da produção não estava nem nele próprio nem no outro, mas na fronteira que se construía a cada encontro entre eles, nos nós que enlaçavam sua posição à do outro. Fronteiras e nós que possibilitava passagens.

Seria essa uma saída para a construção de uma rede de atenção em saúde mental? Torcer as delimitações que separam os serviços deles mesmos e dos espaços sociais de modo que o que lhes seja exterior, em algum momento, encontre lugar no interior? De modo que a relação entre exterior e interior não seja de ruptura, mas de continuidade, de porosidade? Seria possível a transposição dessa disposição de lugares, presente nos laços terapêuticos

construídos por Edson, para as relações interinstitucionais e para a relação das instituições de atenção com o espaço da cidade? Sobre a questão da construção de uma rede de atenção capaz de alojar a *existência*, pela tecitura de laços com a cidade, em oposição ao agrupamento hierarquizado e fragmentado de serviços que não fazem mais do que dar entrada e saída a quadros patológicos objetivados, seria importante nos remetermos à reflexão de Ceccim (2005) quando ele propõe o modelo da mandala como estruturante da rede de atenção.

Para o autor “como nas rodas de ciranda, o diagrama de uma mandala é uma coreografia de dobras” (CECIM, 2005, p. 165). Nesse sentido, a figura da mandala coloca uma interpelação à fixidez de modelos de organização dos serviços como o da pirâmide, por exemplo, que, para o autor, é emblemático da racionalidade gerencial hegemônica no campo da saúde. A mandala, como “um diagrama de linhas que estabelecem contato” (ibid) põe em cena a articulação entre múltiplos pontos que se movimentam convergindo ou irradiando-se a partir de um centro. No centro dessa rede de movimentos, deve estar o usuário. A regionalização, desde esta visada, aparece como um desenho de zonas em torno dos pontos de ligação que se dobram e se desdobram na estrutura da mandala. A hierarquização não responderia mais a uma estrutura fixa de níveis de atenção, mas seria o desenho de eixos de comunicação, de linhas de cuidado, de referências entre equipes em rede. A utilização da figura da mandala para pensar a organização da rede de atenção em saúde nos parece, extremamente, interessante no sentido de que transmite uma idéia de dança, de movimento, de contato e continuidade entre os diversos âmbitos da atenção em saúde: um jogo de movimentos em torno da pessoa atendida (CECCIM, 2005).

No seu segundo ano de residência, o arquiteto encontrou problemas para seguir seu projeto de construção de uma rede capaz de alojar a *existência*. A instituição que experimentou, naquela ocasião, como ele mesmo disse, era muito fechada em si mesma. Difícil de entrar, difícil de sair, quase sem pontos de ligação com a cidade. Se, no primeiro ano da formação em serviço, o arquiteto encontrou na equipe parcerias no sentido da aproximação entre o trabalho do CAPS e o trabalho na atenção básica, bem como entre o mesmo e a vida pulsante da cidade; no segundo essa qualidade de parcerias se tornou decididamente mais difícil de se estabelecer. Apesar da dificuldade imposta pela rigidez do funcionamento da equipe, Edson encontrou frestas para construir, junto com os residentes de primeiro ano, um espaço de acolhida à *existência* na recepção dos usuários do CAPS. Ação subversiva e marginal, que de alguma forma também permitiu que ele suportasse a seguir a residência. Assim como, para seguir trabalhando, Edson também teve de encontrar um ponto

de contato com o *mundo lá fora*, através do laço com sua orientadora de pesquisa (preceptora de seu primeiro local de estágio) e de sua participação nas aulas integradas da RIS, onde os residentes de todas as ênfases reuniam-se para problematizar as questões do trabalho em saúde.

Tudo se passa como se o residente estivesse tentando encontrar pontos de ligação e possibilidades de movimento em seu cotidiano de formação e trabalho, sempre dando centralidade à singularidade das pessoas que atendia. É nesse sentido que pensamos que a experiência de Edson dialoga com a “disruptura” (CECCIM, 2005, p. 166) proposta pelo diagrama da mandala, que coloca em movimento uma estrutura de dobras e pontos de articulação entre “linhas de cuidado, nós de articulação locorregionais e interinstitucionais e múltiplos agentes com voz e vez” (ibid.), entre estes, os próprios usuários. As linhas de cuidado vêm desafiar a impermeabilidade das fronteiras institucionais, convocando à produção de pontos de contato entre os serviços, entre as equipes e profissionais. A ligação em rede de múltiplos agentes, por sua vez, aponta para a possibilidade de produção de novos modos de trabalhar em saúde a partir dos encontros singulares e pela colocação da pessoa atendida no eixo desse movimento. Desse modo, está relançado o desafio da construção que o arquiteto, desde sua entrada na residência integrada, se propôs.

Finalmente, é preciso dizer que a experiência de Edson sublinhou que uma construção só se faz numa dança de lugares. Em seu modo de dar entrada à alteridade, sem dar-se conta, ele oferecia algo próprio como elemento para a produção do outro e acolhia elementos vindos deste para construir algo seu. A maquete da cidade ideal já não era mais sua, embora tivesse muito dele ali. Assim como sua idéia de autonomia já não era a mesma depois do encontro com a assistente social. O estilo do arquiteto pareceu nutrir-se dessa flexibilidade de fronteiras que permitia passagens, fluxos, afetações recíprocas. Passagens nas quais sempre se perde um pouco a medida do próprio e do outro. Dizia Walter Benjamin (2000) sobre a experiência de andar na cidade que nela orientar-se não significa muito, no entanto perder-se requer instrução. Seria preciso perder-se, suspendendo em alguma medida os limites que nos separam do outro para voltar a desenhá-los, e assim encontrar algo novo. Talvez o arquiteto tenha transmitido algumas coordenadas em relação a como se deixar perder para poder encontrar.

Nesse sentido, a relação entre exterior e interior como movimento de torção ou dobra (CECCIM, 2005) parece ser uma das condições da construção de um laço terapêutico que dá lugar ao sujeito e de uma rede de atenção que aloja a *existência*. Quem sabe assim se possa

oferecer ao sujeito aquela autonomia de que o arquiteto falava. Não aquela autonomia que parte de um ideal de independência e não faz mais que perpetuar uma lógica individualista e narcísica, ignorando que é no laço ao outro que a *existência* se movimenta. Mas aquela que enlaça o sujeito a vários pontos da rede, convocando-o a participar de movimentos e fluxos e inscrevendo sua dependência nos diversos espaços da cidade.

4.4 EFEITOS DE UMA *PRESENÇA* NA CLÍNICA E NA FORMAÇÃO: a alquimista

O percurso de Alice, desde nosso ponto de vista, desdobrou a pergunta sobre a presença do outro ou sobre o outro como presença: “porque o outro precisa estar ali?” Tal questão se produziu tanto em relação às suas vivências nos espaços clínicos (de formação em serviço) quanto em relação aos momentos estritos de formação (como as orientações do trabalho final da residência). Logo no início da primeira entrevista, Alice falou sobre os efeitos de sua participação numa equipe de saúde que dava lugar e voz ao fazer da terapia ocupacional. Poder expor seu ponto de vista e a especificidade de seu fazer diante do testemunho da equipe foi marcante na sua história de formação. Sua vivência nas oficinas terapêutica do CAPS, novamente, colocou em jogo a questão do testemunho, na medida em que ela narrou os efeitos de seu *fazer presença* na produção dos opinantes. Posteriormente, quando nos contava sobre as dificuldades encontradas na escrita de sua pesquisa, Alice referiu uma virada nas possibilidades de produção de seu trabalho final da residência a partir do encontro com uma segunda orientadora. Alguém cuja postura no acompanhamento da escrita de Alice também nos remete à discussão acerca de como uma produção encontra caminhos para acontecer a partir da sustentação de uma presença. É nesse sentido que a experiência da alquimista nos conduz a uma reflexão sobre as condições da presença que carrega consigo a potência de dar passagem à produção de um sujeito. Desse modo, convoca-nos a revisitar a questão das possibilidades de produção de experiências e a temática da transmissão na clínica e na formação.

Gagnebin (2006), numa interessante reflexão sobre memória, história e testemunho, recorre à experiência concentracionária de Auschwitz para pensar a questão da experiência e

da transmissão simbólica. Na abordagem dessa temática, a autora, se utiliza de várias figuras de narração, entre elas o sonho de Primo Levi no campo de Auschwitz⁴², em que o mesmo sonha, repetidamente, com uma cena em que está narrando os horrores pelos quais passou e, de repente, percebe que os ouvintes se levantam e vão embora, indiferentes. Ao invés de colocar o acento na questão da irrepresentabilidade e do inenarrável, o que muitos autores que se ocupam de refletir sobre a literatura de testemunho já fizeram, Gagnebin sublinha, em sua reflexão, a questão da presença como suporte da produção de experiências, como suporte da transmissão. Nessa direção, ela propõe uma ampliação do conceito de testemunho. A testemunha não seria somente aquela que viu com os próprios olhos, como definia Heródoto, mas também “aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras sejam levadas adiante” (GAGNEBIN, 2006, p.57). Nesse sentido, a posição da testemunha aparece como elemento essencial para a produção de sentidos sobre o vivido. Tais sentidos, porém, para que imprimam sua marca no próprio narrador precisam encontrar uma escuta capaz de suportar as suas peculiaridades, capaz de suportar ouvi-los.

Embora os estudos de Gagnebin se desenrolem num campo alheio ao da reflexão que propomos, suas contribuições parecem-nos de grande valor para pensarmos sobre algo que se opera no espaço da clínica e da formação em saúde mental e que ganhou relevo, ao nosso ver, especialmente, no percurso de Alice. Quando a residente narrou a história de constituição da Oficina de Sabonetes, experiência sobre a qual escolheu escrever o trabalho final da residência, Alice contou-nos: *é eles que fazem. A gente só fica ali...* Como oficineira, seu lugar era o de *estar com*, dar suporte, testemunhar a emergência de uma produção. Porém, não se tratava de qualquer presença. Tratava-se de uma presença que suportou a emergência da *essência* do outro.

E quem seria o outro em essência? Alice nomeou a essência do outro como o *inesperado*, o *inusitado*, o inexplicável. E falou-nos sobre as condições de emergência do *inusitado* ou do outro como essência. Ele aparece nos espaços de convivência, onde todos os nomes comumente conhecidos dos pacientes (incapaz, infantil, manipulador, resistente) podem estar em suspenso. A condição da emergência da alteridade seria então ser uma presença que renuncia à nomeação *a priori*. Nessa renúncia, o encontro. Dos efeitos desse encontro, poderia surgir uma nomeação nova. Assim, dar lugar à produção do outro, na experiência de Alice, começava por deixar-se surpreender. *A gente se volta muito ou ao*

⁴² Primo Levi, *É isto um homem?*, Rio de Janeiro, Rocco, 1988.

diagnóstico ou a alguma coisa “ah, eles só vão até ali”, né? E não. Eles nos surpreendem o tempo todo.

A surpresa com a produção dos pacientes foi um elemento muito trazido pela alquimista, principalmente quando essa produção era uma espécie de intervenção terapêutica na oficina. Quando o profissional se via sem saber como manejar uma situação difícil no espaço terapêutico e um usuário intervinha, segundo Alice, de forma *genial* na cena. Talvez aí o maior efeito tenha se produzido para o próprio profissional, que se via interrogado pelo ato do paciente e encontrava nele uma terapêutica de sua própria clínica, no sentido de que a produção do paciente lhe abria outras possibilidades de *existência* para seu fazer. Foi assim que a alquimista nos falou sobre o potencial de produção às avessas que poderia haver, talvez, especialmente, numa oficina terapêutica, onde não é a patologia, mas o fazer que tem centralidade⁴³.

Não ser indiferente à produção do outro seria então uma das condições de seu acontecimento. Testemunhar implicaria sancionar, legitimar a emergência de uma produção. E conferir legitimidade à produção de um sujeito não tem nada a ver com compreender ou explicar essa produção, mas sim acompanhar seus desdobramentos e permitir que ela encontre formas de seguir se produzindo. Poder sustentar a apropriação de um saber ou fazer diante do outro é o que estava em questão na clínica que a alquimista contracenava com os usuários do CAPS. E não seria isso que estaria em jogo também em uma formação profissional? Sustentar a apropriação de um saber-fazer diante do outro?

Presença, testemunho, surpresa, passagem foram elementos que apareceram no trabalho da TO alquimista junto aos pacientes do CAPS. É possível pensar como esses elementos aparecem em uma experiência de formação, na qual também está em jogo a emergência de um lugar de produção. Na construção de seu trabalho final, Alice não encontrou as condições, num primeiro momento, de produzir uma escrita sobre suas vivências. A relação que ela estabeleceu com seus escritos dizia de um bloqueio de passagem. Um espaço de aprendizagem também depende das possibilidades de uma passagem que encontra condições de se fazer a partir da presença de um outro que deixe o conhecimento em suspenso e acolha o inusitado. Porém, ocupar o lugar de uma tal presença não é algo que se institua por decreto. É preciso estar disposto a dar lugar à produção do outro a partir do próprio desconhecimento. E se a dificuldade de dar lugar ao próprio desconhecimento

⁴³ Embora haja oficinas terapêuticas que funcionem dando centralidade à patologia, não parece ser o caso da oficina que trazemos para discussão.

apareceu entre alguns dos residentes entrevistados, é preciso dizer que ela também esteve presente entre os preceptores.

Muitos relataram uma inibição de ocupar o lugar de quem ensina, por considerarem-se possuidores de conhecimentos insuficientes. *Eu fui tendo sim uma série de dificuldades pelo meu próprio despreparo, falta de experiência, que aos poucos tu vai buscando. E aí tu tem que estudar, tu tem que ir atrás e aí tu não sabe nem pra ti e tu tem que ensinar alguém. É super complicado, eu me vi muito perdida.* Ensinar aparece aqui apenas como passar adiante conhecimentos adquiridos e prontos. Entretanto, se, por um lado, a questão da aquisição de conhecimentos faz parte da aprendizagem, por outro, trata-se também de constituir uma posição subjetiva, que se faz através de outro tipo de passagem. A segunda orientadora de Alice não tinha muitos conhecimentos na área da terapia ocupacional e da saúde mental, já que seu campo profissional de origem era a odontologia; porém, ela pode acolher a produção da residente e dar-lhe legitimidade. O que passou, principalmente, por considerar seu texto digno de perguntas. Perguntas que permitiram que a escrita de Alice seguisse se produzindo. *A gente lê o trabalho junto e ela me faz perguntas. Tu acredita? E aí eu respondo e escrevo. Eu penso “era essa pergunta que eu queria responder”. (...) Agora eu saio da orientação e já chego em casa com vontade de escrever. To começando a achar ele bonitinho, redondinho.*

É nesse sentido que pensamos que a experiência de Alice dialoga com a reflexão de Gagnebin, na medida em que toda produção subjetiva, seja ela numa oficina terapêutica, num espaço de formação ou num relato de experiências de outra natureza, carrega essa dimensão do indizível e convoca o outro como presença e como lugar simbólico a sustentar seu acontecimento. Uma produção, de palavra ou de objeto, é sempre um pedaço de história que pede passagem. A história, por sua vez, é sempre aquilo que se produz no presente, pela emergência de uma produção a partir dos vestígios do vivido, e não na recuperação de fatos que se perderam no tempo. Nesse sentido, “o outro precisa estar ali” para permitir o andamento da história e, nesse andamento, a abertura de possibilidades de *existência*. Decorre disso que testemunhar, desde essa perspectiva, não passa por assistir à cena desde fora, mas por incluir-se, como presença, na sua construção. Uma presença que pode encontrar muitas formas de apresentação, mas que precisa, acima de tudo, preservar a dessimetria do encontro e a singularidade da produção em curso.

Pois bem, a partir dessa aproximação à experiência da alquimista, poderíamos dizer que a presença do outro (ou o outro como presença) no campo da atenção e da formação em saúde carrega a potência de produzir aberturas à *existência* desde que se posicione como

testemunha de uma produção no sentido que acabamos de enunciar. Do contrário, se uma presença se colocar como detentora de alguma chave explicativa sobre o outro (desconsiderando sua dimensão de alteridade) ou se for indiferente a ele (dando às costas a sua insuportável narração) nenhuma abertura à *existência* encontrará as condições de acontecer.

4.5 DESCONSTRUINDO O LUGAR DO *ESPECIALISTA*: o maestro

O percurso de formação de Gustavo, desde nosso ponto de vista, levantou a questão sobre o lugar do *especialista* e sobre a dimensão da responsabilidade. De certa forma, esse impasse apareceu nas narrativas de outros residentes, mas na história do maestro nos parece que ganhou uma intensidade especial. Já no início da primeira entrevista, Gustavo anunciou a expectativa de ocupar um lugar *meio mágico* diante dos pacientes como o que estava nos primórdios de sua escolha pela psiquiatria. À medida que ia narrando suas experiências na residência, que se centravam no quão incômodo lhe resultava o trabalho na equipe multiprofissional, a posição de Gustavo foi se constituindo às custas de um enrijecimento de fronteiras. Gustavo enfatizou sua preocupação com a ultrapassagem dos limites entre os campos de saber, pela intrusão dos colegas de equipe (de outras profissões) nas suas condutas clínicas. Sua postura diante do outro (como outra profissão), apontava para uma desconsideração da língua estrangeira. Com o outro só haveria conversa possível, na medida em que este não questionasse a verdade de sua gramática e semântica. Verdade que era a única possível.

O fato é que o maestro sustentava essa posição enfatizando os riscos inerentes à atenção em saúde mental. Para ele, muitos dos atendimentos aos usuários colocavam em cena o limite da vida e da morte. *Como é que eu não vou internar a pessoa se ela corre risco de vida ou de machucar alguém?* Perguntava-se Gustavo. *E porque as pessoas vêem isso como um maltrato?* Dizia ele sobre como percebia o olhar dos profissionais (não médicos) em direção ao seu fazer. Essa significação que o maestro atribuía ao olhar do outro “me vêem como quem maltrata” lhe atormentava sobremaneira. E, desse modo, a palavra do outro, ora era tomada como ameaça da qual era preciso se defender, ora era, simplesmente, deixada de

lado, sob o argumento da inferioridade. De todo modo, o maestro percebia o outro como diferença e tentava dar conta disso evitando o encontro. A questão é que, desse modo, Gustavo situava o inimigo do lado de fora (GONDAR, 1995), encarnado nos outros núcleos profissionais que compunham o CAPS e resistia a dar passagem à alteridade que habitava a ele próprio (FREUD, [1919] 2003 e LACAN, [1959-60] 1997). Garantir a impermeabilidade das fronteiras de sua profissão funcionava então como forma de sustentar uma posição de saber inquestionável – um lugar de especialista. Porém, por outro lado, essa impermeabilidade não fazia mais que produzir uma relação ao outro no quadrante da paranóia. Para que uma fronteira não funcione como um limite paranóico, mas sim como o que delimita um espaço outro, é preciso que ela tenha alguma permeabilidade.

Lembremos a fala de um dos preceptores da residência médica quando ele nos dizia de sua posição diante da criação da residência integrada: *a discordância é que botaram tudo junto. Eu não me envolvo e não quero me envolver, porque eu acho que eu já tenho muito trabalho com a Residência Médica* (cf. p.67). Nesse relato – que vem em defesa da manutenção de fronteiras rígidas entre as profissões – chama atenção a produção de um encadeamento de certezas. A certeza de que a integração entre as disciplinas acarretaria a perda das especificidades profissionais é antecipada a qualquer vivência que pudesse colocar isso à prova. O residente de outra profissão não é bem vindo. A certeza maior que daí se pode apreender é: do outro (como outra profissão) eu nada quero saber. A resposta vinda antes de qualquer pergunta opera dois movimentos simultâneos: ao mesmo tempo em que o sujeito nesse dito se exclui da cena (furtando-se ao encontro que poderia colocar sua posição em questão) ele também expulsa o outro dela.

Voltando ao percurso do maestro, talvez pudéssemos dizer que aos poucos ele foi dando lugar para o inimigo dentro de si mesmo (GONDAR, 1995). Foi reconhecendo o quanto lhe era difícil compartilhar a responsabilidade pelo cuidado e a solidão que lhe resultava disso. *Quando a gente pega um paciente, parece que o paciente é nosso, peguei ele pra mim. Então, ele, eu cuido, tá? Na medicina, a gente é assim e talvez por isso até a dificuldade de trabalhar com as outras pessoas. (...) Aí eu faço sozinho.* Foi construindo uma posição duplicada de si mesmo, onde podia pensar sobre as próprias ações, ao invés de apenas discutir sobre as ações dos outros membros da equipe. Lembremos que, durante a primeira entrevista, também eu, como entrevistadora, senti dificuldades de empreender qualquer entrada. O efeito que aquela vivência produziu em mim foi o de quase não conseguir fazer

perguntas. Elas escapavam do meu pensamento. No segundo encontro, o maestro tinha outra história para contar, posicionando-se de modo a pensar sobre sua posição anterior.

Ao contar seu percurso, Gustavo nos permitiu conhecer as conseqüências da desconstrução da posição do especialista. Se antes o outro (como outra profissão) era visto como desnecessário, inoportuno, inferior e até mesmo ameaçador e potencial invasor. Num segundo momento, o maestro passou a pensar o outro como, simplesmente, diferente. Mas, o que teria produzido essa espécie de deslocamento? *Como é que eu to me sentindo mais seguro e que eu poderia estar fazendo mais sozinho as coisas e agora eu to dividindo o trabalho?* Gustavo deu-se conta de que talvez estivesse se defendendo do desconhecido que habitava ele próprio. A evitação do compartilhamento parece ter estado a serviço da tentativa de não se haver com a própria insegurança e com os limites do próprio saber. Pois, na medida em que se sentiu mais apropriado do conhecimento, na medida em que construiu uma posição própria desde onde trabalhar, o maestro pôde conviver de forma mais tranqüila com as diferenças de posição dos colegas de equipe. Nesse sentido, poderíamos situar a especialidade no campo do enrijecimento das fronteiras a serviço da sustentação de um saber sem frestas, e a especificidade como a sustentação da diferença a partir de fronteiras cambiantes e permeáveis.

Alguém busca ou é levado a um serviço de saúde mental, na maioria das vezes, quando se encontra sem possibilidades de fazer algo com o lugar que habita na cena do mundo, quando não pode mais manejar sua vida como o fazia antes. A urgência, o risco, de que risco se trata, com que recurso se conta para oferecer a atenção são algumas das questões em que é preciso pensar quando se está trabalhando no campo da saúde mental, como bem disse Gustavo. Porém, a história do maestro dizia da assunção destas responsabilidades de uma forma solitária, até mesmo individualista. Quem recebe a demanda de um sujeito que por algum motivo perdeu suas referências em relação à cena da vida é colocado na posição daquele que sabe o que é melhor para o outro, daquele que pode restituí-lo nesse lugar. Porém, afinal de contas, quem tem o poder de decidir o que é melhor para um outro? Retorna aqui a discussão realizada em torno da ética e do bem (cf. 3.1), em que situamos a armadilha narcísica intrínseca à posição de benfeitor. O profissional diante de uma tal demanda encontra-se então com a difícil tarefa de acolher impossibilidades – a do sujeito e a sua – e produzir algo. Pois, se saber o que é melhor para um outro aparece como um pedido que não tem como ser atendido, ainda assim algo precisa ser feito. Acontece, como já referimos, que o maestro se posicionava de forma solitária e absoluta diante dessa convocação. E essa espécie de inflação do lugar de saber e de evitação de qualquer vivência de descentramento, por um

lado, não produzia mais que uma sobreposição entre responsabilidade e culpa; e, por outro, inibição a posicionar-se, quando ele esperava que o preceptor, desde um lugar de exceção, apaziguasse os impasses da equipe.

Não é possível falar de responsabilidade sem considerarmos a questão do encontro com o desconhecido e da conseqüente apropriação que daí poderia emergir. Por outro lado, se o encontro com o não saber é evitado, nada próprio se produzirá (cf. 2.1). Nesse caso, a responsabilidade não encontra o sujeito, ficando elidida da cena. Sobra ao profissional o lugar de reproduzidor de uma norma, de um dever, de um conhecimento sem nome próprio. Toda apropriação implica uma relação parcial com o saber: sempre deixa um resto. Restam sempre vivências por nomear, perguntas por fazer, atos por empreender. Se uma apropriação busca dar conta do todo sem restos, o fracasso será seu destino mais certo. Daí só poderá advir culpa: efeito da inflação de um eu que se ilude ao pensar-se soberano de si e de seus atos. Desse modo, a responsabilidade diz respeito a um momento segundo, de apropriação e autorização, que reconstrói o vivido. Nomear o desconhecido antes de dar-lhe lugar é uma forma de evitar o encontro. É garantir as fronteiras da familiaridade, na tentativa de garantir o lugar de soberania. Às custas de quê uma suposta soberania se sustenta? Às custas da expulsão do outro, quando não se permite que ele se aproxime, ou ainda, às custas de sua domesticação, quando lhe dou um nome antes que sua presença se imprima em mim (DERRIDA, 2003).

Em seu percurso, Gustavo evidenciou a distância que separa culpa e responsabilidade. A primeira é efeito da busca de uma garantia para os atos: inibe o agir, na espera de um outro que salve, ou torna o outro uma ameaça e dá lugar a um fazer solitário e angustiante. A responsabilidade, por outro lado, leva o sujeito a agir sem garantias (LACAN, [1959-60] 1997), na consideração do outro como diferença e na admissão da alteridade que atravessa o próprio sujeito. Acompanhamos, na história do maestro, a desconstrução do lugar do especialista e construção de um lugar de especificidade. E poderíamos, por fim, dizer que um fazer que se desdobra no solo do *especialismo*, pela manutenção de uma rígida identidade profissional a qualquer custo, não produzirá atos de acolhida à *existência* no campo da atenção, e sim apenas objetivação do outro. De outra parte, se o risco do encontro com a alteridade for sustentado, as especificidades dos fazeres poderão reverberar na abertura de diversas possibilidades de acolhida à *existência* no terreno da atenção em saúde.

4.6 NOS *LIMITES* DA CLÍNICA: o artista de rua

Homero, já na primeira entrevista, falou de sua disposição a *transitar por identidades* de psicólogo, ao invés de confinar-se em uma *identidade* fixa. Apostava que o trabalho em equipe poderia potencializar esse trânsito, na medida em que a consideração da diferença, ou seja, da diversidade de formas de se encaminhar uma demanda de saúde, colocaria questões para as identidades profissionais. Desse modo, se a pergunta de Alice constitui-se em relação à necessidade da presença do outro, a de Homero começava na aposta na potencialidade dessa presença e interrogava as *formas* de se realizar o trabalho a partir disso. Pertencer a uma equipe multiprofissional, ao mesmo tempo em que abria um leque de possibilidades de trabalho para o psicólogo, produzia também alguns *desconfortos*. O *desconforto* é não saber *de que forma* trabalhar com o outro. A questão de Homero não lhe era propriedade exclusiva, mas encontrou, com a criação da residência integrada na saúde comunitária, um solo fértil para produzir-se.

Lembremos do relato de um preceptor de enfermagem (cf. p.71), quando ela se interrogava: *como é que é isso assim de se relacionar com alguém diferente?* Nessa pergunta, ela se referia à presença dos residentes de enfermagem na unidade, aos quais teria o papel de orientar. O preceptor da odontologia, na mesma direção, também se mostrou interrogado pela presença dos residentes na equipe. Disse: *que nem um filho reaviva as lembranças da infância dos pais, o residente reaviva as questões de quando a gente saiu da universidade* (cf. p.70). Nesse sentido, a diferença introduzida com a entrada da residência integrada nos serviços não diria respeito apenas aos distintos núcleos profissionais, mas também à chegada dos residentes. Esses seres estranhamente familiares que, com suas demandas “impossíveis”, convocariam os profissionais dos serviços a movimentos de reflexão e de resistência à *convocação burocrática da instituição*. Desse modo, parece que a implementação da RIS inseriu a alteridade no seio dos pares. Primeiramente, por transformar o espaço de trabalho em um lugar de formação, onde o residente é, de certa forma, um estrangeiro recém chegado que pede pouso transitório. Depois, por criar um espaço de convivência entre distintas profissões, onde diferentes línguas terão de encontrar formas de conversa. Assim, se antes a alteridade se colocava, de forma mais direta, com a presença dos pacientes, agora ela pedia espaço dentro da equipe, deslocando-se do seu lugar canônico – a atenção – para um lugar onde impera, comumente, a igualdade.

O percurso de Homero, de forma interessante, dá visibilidade aos efeitos desse deslocamento. Para ele, o conforto da identidade fixa e da posta em cena de um fazer já conhecido que não arrisque ser outro, à medida do demandado, diz de um *profissional confinado*. A referência ao posto de saúde como lugar de confinamento e à rua como lugar de invenção, desde nossa perspectiva, diz respeito mais ao encerro no enquadre e na reprodução de ações burocratizadas do que, propriamente, às paredes da UBS; embora a experiência de Homero tenha mostrado que a vida pulsante da rua tem uma potência particular para interrogar o fazer do profissional de saúde, talvez mais do que tenha o ambiente protegido da unidade. De todo modo, a pergunta de Homero apontava para *como inventar formas* de sair do *confinamento*. *De que forma* sair do *confinamento* em si mesmo e do *confinamento* em uma clínica burocrática e normativa?

Sair do confinamento de si ou de uma identidade fixa implicaria dar-se conta do outro e dar-se conta que o próprio *fazer não é ilimitado*. A parcialização do saber seria então condição dessa saída, embora não fosse suficiente. Tal saída implicaria ainda perceber que *às vezes a equipe resolve melhor as coisas do que com a tua presença*, ou seja, perceber que o próprio saber é, não raras vezes, dispensável. Posição que, decididamente, põe o narcisismo à prova. Nesse sentido, seria preciso saber tanto a hora de sair de cena quanto a hora de entrar como coadjuvante. Um profissional de saúde seria sempre um coadjuvante, já que a pessoa atendida é que ocuparia o centro da cena. E atuar desde esse lugar se faria, algumas vezes, estando-se à frente do cuidado, assim como, outras, dando suporte ao colega de equipe desde os bastidores. Mas o que decidiria o lugar da ação: à frente da cena ou nos bastidores? Nesse ponto, Homero constrói uma *forma*, extremamente, pertinente de decidir sobre onde se posicionar. É o paciente que irá indicar esse lugar. Será então preciso respeitar os movimentos transferenciais – *aquilo não era comigo, era com a “ginecologista”* (cf. p.175) –, estar sensível aos endereçamentos dos sujeitos e preservá-los.

Aqui Homero encaminha, a seu modo, um dos pontos de maior tensão que resultam do trabalho em equipe. Ele nos diz que o profissional de referência num trabalho terapêutico não será escolhido pela equipe, mas pelo próprio paciente. O que não quer dizer que será o único profissional a intervir, mas que será, talvez, o ponto de articulação da equipe em relação tratamento daquele sujeito. Essa possibilidade de dinâmica para o trabalho em equipe, apontada por Homero, desafia modos instituídos de funcionamento nos serviços de saúde. No CAPS adulto em que realizamos a pesquisa, por exemplo, há um discurso de que a toda equipe é referência para o usuário. Porém, na prática, a referência acaba sendo o

psicoterapeuta, que só poderá ser um médico ou um psicólogo. Há, ainda, muitos casos em que não é indicada psicoterapia e a referência, na prática, passa a ser o médico que é responsável pelo tratamento medicamentoso. Por outro lado, em muitas UBSs, nas quais os residentes realizam sua formação em serviço, a referência é sempre o médico. O usuário passa, primeiramente, pela avaliação médica e a partir disso é encaminhado. Vemos aí que a dinâmica institucional dá centralidade ao conhecimento profissional na decisão sobre quem será o técnico de referência. De outra parte, na experiência de Homero, é o dizer do sujeito escutado que deve intervir com maior peso nessa decisão.

Entretanto, essa problemática não esgota aqui seus impasses. Homero contou-nos uma cena clínica em que opta por referenciar uma mulher em grave sofrimento psíquico (possível diagnóstico de psicose) para a enfermeira da unidade, a qual a paciente chamava de ginecologista. Nessa nomeação, Homero escutou a possibilidade de um endereçamento: a enfermeira “ginecologista” poderia ajudar a mulher em suas questões sobre o feminino. Para alguns, essa decisão poderia ser vista como um disparate. Como uma enfermeira poderia ser a referência para uma paciente psicótica? Haveria de ser um psiquiatra, um psicólogo – *os psis*, como nos falava o arquiteto – ou mesmo o médico da unidade. Esse argumento está na raiz de toda uma linha de pensamento sobre o trabalho em equipe que situou a RIS como dispositivo de formação de um profissional *multi-função*. Voltemos a esse debate, por um instante, para depois seguirmos, com as invenções de percurso do artista de rua.

A proposição de espaços de formação integrada entre residentes de todas as profissões levantou a questão sobre os riscos da formação de um profissional *multi-função*. Uma das críticas à RIS se fez sob esse argumento e sustentava *um movimento bastante intenso no sentido de barrar, de tentar frear a proposta*. Alguns profissionais da instituição colocaram que a residência multiprofissional estaria formando uma espécie de operário da saúde, *pau pra toda obra*. Nesse sentido, essa formação, ao desconsiderar as fronteiras entre as profissões, estaria precarizando o trabalho em saúde, pela formação de um profissional de qualidade inferior ao desejado. Alguém que, ao saber um pouco de tudo, não saberia bem de coisa nenhuma. A resposta da RIS a essa interpolação teria sido a de que não se tratava de formar um profissional que pudesse dar conta de tudo e do todo, mas sim de alguém capaz de a partir da especificidade de seu fazer se lançar ao trabalho mais amplo no campo. Por isso a organização da residência teria sido pensada numa *lógica de campo e núcleo*.

De todo modo, esse ponto de tensão coloca novamente em pauta a questão de como os ideais totalitários intervêm no campo da formação. Se a RIS objetivasse a formação de um

profissional *multi-função* não estaria fazendo mais que perpetuar o ideal de formação de um profissional *superespecialista* – ponto criticado já no primeiro capítulo de nosso trabalho. Entretanto, não foi nesse sentido que Homero apontou, ao sublinhar a importância de se preservar o laço transferencial construído com a pessoa atendida. Ele apontou, justamente, no sentido oposto. E sobre a crítica à RIS seria preciso dizer que menos que problematizar as possibilidades de criação de novos dispositivos de formação em saúde, esse argumento talvez buscasse encerrar a discussão e manter o *status quo* vigente. Tanto que o resultado desse debate foi a cisão entre os dois programas de residência: a Residência Médica e a Residência Integrada. Ou ainda, a manutenção do muro de que nos falou o arquiteto e o maestro. Dessa forma, parece que o argumento sobre a *multi-funcionalidade* dizia da dificuldade de se abandonar antigos funcionamentos institucionais, que colocavam em cena uma hierarquia de valor entre as profissões da saúde. Estaria então, justamente, a serviço daquilo que criticava: a manutenção do lugar de *superespecialista*.

Essa hierarquia entre as profissões apareceu no relato de muitos preceptores e residentes. Lembremos da fala de um dos profissionais do CAPS que mencionou que a hierarquia entre as profissões acabava se reproduzindo em relação aos espaços terapêuticos. Ele nos dizia que as oficinas, na medida em que acabavam sendo o lugar por excelência de intervenção dos não médicos, eram vistas como um espaço terapêutico menos importante que os atendimentos individuais – psicoterapia e acompanhamento da medicação. Nesse sentido, fica evidente que a valoração das profissões na equipe repercute na organização da atenção e que intervir no sentido de sua reformulação poderia produzir efeitos interessantes para essa organização. Assim como a transformação dos espaços terapêuticos poderia reverberar em novas dinâmicas de equipe e na reconfiguração das relações de poder. Parece que era isso que estava em jogo na criação dos CAPSs e na extinção do Hospital Dia, bem como na regionalização da rede de atenção que conferia às unidades de saúde um lugar de extrema importância no que diz respeito à atenção em saúde mental. Nesse sentido, o que a experiência do artista de rua veio nos mostrar é que a importância de um espaço terapêutico não se define pelo núcleo a que o profissional que o coordena pertence, mas pelo lugar que este espaço oferece ou não para a pessoa atendida. A valoração do espaço vai depender não de uma hierarquia *a priori* de saberes profissionais, mas do laço que o sujeito em tratamento estabelece com aquele lugar e com os profissionais que se ocupam dele.

Entretanto, uma ação que coloca o sujeito em sofrimento, e não o saber profissional, no centro da cena carrega consigo um componente de *imprevisibilidade* grande, nos dizia Homero. Dar lugar ao imprevisível, à diferença entre o planejado e o ocorrido, à estrutura que emerge no *aposteriori* seria então condição do *cuidado*, que põe o usuário num lugar de sujeito e não de objeto. Porém, talvez nem todos os profissionais e equipes estivessem dispostos a isso.

Falando de seu percurso, Homero listou uma série de situações em que as diretrizes de saúde contrastaram com a escuta da subjetividade e em que o impasse entre agir em torno da norma ou em torno da escuta se fez presente. Naquele momento de nosso texto, nos perguntamos se o trabalho na atenção básica convocaria o profissional de saúde mental a experimentar um dilema que se poderia formular como: *escuta do sujeito versus cumprimento da norma de saúde*. Chegamos a nos perguntar se no campo da atenção em saúde mental se experimentaria menos esse tipo de impasse, já que nas narrativas dos profissionais da atenção básica ele apareceu com mais frequência e intensidade. Construimos a idéia de que a diferença estaria no fato de que, nos serviços de atenção à saúde mental, a escuta seria uma ferramenta cotidiana de trabalho e as normas incidiriam aí com menos intensidade. Talvez por isso tal impasse não se produzisse. E que na atenção básica as normas de saúde fizessem mais parte do cotidiano do profissional, por exemplo, nas ações programáticas de saúde, na epidemiologia como ferramenta de planejamento das ações, entre outras questões. Uma olhadela rápida a essa questão poderia nos levar a conclusão descuidada de que um fazer que escuta o sofrimento daria mais lugar ao sujeito do que aquele que visa a promoção da saúde, pois lhe seria inerente um abandono das normas do bem viver. Porém, seria preciso, antes, se perguntar por qual escuta e, ainda, por qual promoção de saúde.

Após alguma caminhada na discussão dos elementos encontrados no campo de pesquisa, poderíamos dizer que esse dilema encontrou condições para armar-se em ambos os espaços e que a diferença entre eles, talvez, esteja nos modos de seu encaminhamento. Perguntamos a Homero sobre sua forma de lidar com as normas de saúde presentes na atenção básica, ao que ele respondeu que é preciso abrir mão do *ideal a ser atingido* para *tentar acompanhar e estabelecer o que é possível*. Nesse sentido, a questão estaria muito mais em como se lida com o ideal num e noutro campo. Nas narrativas dos preceptores à frente do

currículo integrado⁴⁴, bem como de muitos dos residentes que dele participavam, inclusive de Homero, foi possível observar a inclusão dos impasses institucionais na construção do pensamento. A reflexão acerca do trabalho partia da consideração desses impasses. Na saúde mental, de outra parte, percebemos que a consideração dos impasses encontrava mais dificuldades para entrar em discurso. Como se deles não se pudesse falar, como se sobre eles não se pudesse pensar.

Nesse sentido, passamos a pensar que essa não aparição do impasse entre *escuta e prescrição da norma* não diria respeito à ausência de normas de saúde no campo da saúde mental, mas ao recuo diante desse tensionamento. Recuo que era mais evidente nos relatos dos preceptores do que dos residentes, mas que também apareceu na narrativa do maestro, por exemplo. Outra diferença que merece destaque e parece relacionar-se com a questão anterior é à referência, por preceptores da ênfase em saúde mental, em relação à residência acompanhar as transformações nos serviços. Na saúde comunitária, pelo contrário, o serviço apareceu como o que acompanha os movimentos da residência. Articulando essas diferenças encontradas, chegamos à proposição de que dar lugar aos impasses na reflexão sobre o trabalho potencializa a produção de uma posição de autoria em relação às mudanças. De outra parte, abafar os impasses seria talvez produtor de uma posição em que se sofre, passivamente, os efeitos de uma transformação sem se sentir participante efetivo dela. É, nesse sentido, que a questão da consideração dos impasses na reflexão sobre o trabalho nos leva a pensar sobre os modos de relação ao ideal no cotidiano da atenção.

Para acolher um impasse é preciso não deixar que o ideal totalitário governe as ações, já que é de não saber que um impasse se alimenta. Um impasse é sempre a posta em cena de um problema que não encontrará solução unívoca. Diz de um duelo entre perguntas, que pode encontrar muitos desfechos. É sempre aquilo pelo qual se desafia a autoridade do conceito. Assim, excluir o não saber e o imprevisível da cena seria produzir uma falsa soberania. Pois, estar na impossibilidade de perguntar é não poder padecer de uma questão, não poder padecer de uma vivência. E toda apropriação emerge de um padecimento. A produção de um saber só encontra condições de acontecer se o sujeito (profissional de saúde e paciente) e seu padecimento estão incluídos na cena. Desse modo, mais do que garantir uma harmonia num espaço de aprendizagens – o que um dos preceptores da saúde mental sublinhou como importante quando se referia à dificuldade de um residente perguntar na presença de colegas

⁴⁴ Entrevistamos preceptores dos programas de Residência Médica e de Residência Integrada em Saúde, porém, entre os entrevistados, estavam preceptores responsáveis pelas aulas do currículo integrado de ambos os programas e preceptores que dele não participavam também dos dois programas.

de outros núcleos [*o pessoal da medicina não participa muito dos seminários com o pessoal da RIS não. Se o residente de psiquiatria tá com uma dúvida que ele não quer perguntar na frente da assistente social ou da psicóloga, porque ele pode ter constrangimentos de perguntar.* (cf. p.57)] – a questão estaria em poder abrir mão dela. E em como fazer dessa desarmonia, dessa heterogeneidade um propulsor de aprendizagens.

O constrangimento de mostrar o não saber diante do outro aparece, no relato do preceptor, como justificativa para se evitar a integração entre os programas de residência nos espaços teóricos. A questão dos distintos níveis de apropriação do conhecimento apareceu como o que explicaria a inutilidade dos espaços integrados de formação. Um espaço que coloca em cena o heterogêneo seria, na visão desse preceptor, um inibidor das aprendizagens. Primeiro, porque barraria a exposição das dúvidas. Segundo, porque os que soubessem mais teriam de escutar sobre o que já sabem, sem avançar, e os que soubessem menos não acompanhariam os conteúdos mais avançados. Nivelar os conhecimentos seria então a garantia de um espaço de aprendizagem. Assim como separar por profissões, oferecendo um espaço de estudo entre iguais, garantiria a exposição das dúvidas e perguntas. Ambos nivelamentos sustentariam a harmonia da cena, garantindo um espaço seguro para a formação. A dificuldade de renunciar ao lugar de especialista se anuncia aí como algo natural. Uma naturalização que bloqueia a assunção de uma posição de pergunta. Fazer o lugar do profissional coincidir com o lugar do conhecimento sem fraturas barra aqui qualquer possibilidade construção de um saber que tenha o outro (diferente de mim) como interlocutor.

Nesse sentido, o não saber num espaço de formação pode ser pensado como o coro na tragédia: ele dá visibilidade aos padecimentos ao cantar os (des)encontros e a desarmonia. E a potência de uma formação estaria então no estabelecimento de uma relação com a norma que não a colocasse como um ideal totalitário *a priori* e na abertura de espaços para os impasses emergentes do convívio com a diferença. É disso que nos fala Homero com seu percurso. Ele levou a pergunta sobre *de que forma* trabalhar com o outro às últimas conseqüências. A residência na atenção básica, que incluiu sua estada na comunidade com os colegas da equipe e sua participação no currículo integrado, foi seu trampolim. Dali ele lançou-se num trabalho em saúde mental com os moradores de rua. Nessa vivência, seguiu experimentando o desconforto dos limites inerentes a um trabalho que coloca o sujeito e seu padecimento no centro da cena. Limites impostos pela insuficiência do conhecimento, pela burocratização da rede de saúde, pela singularidade da pessoa atendida, pelo encontro com a morte subjetiva e com a morte real, mas, principalmente, pela impossibilidade de sustentação das normas como

ideais totais *a priori*. Foi assim que a história do artista de rua inscreveu o trabalho em saúde mental num campo de experiência dos limites. Apenas no enfrentamento deles se poderia inventar um modo singular desde onde trabalhar. Homero falou-nos da precipitação que há em todo ato em oposição às ações que partem de uma anterioridade de manual. Nesse sentido, seu fazer artista resistiu aos modos de subjetivação pelo trabalho que colocam o profissional no lugar de reprodutor de normas e mostrou a potência de um trabalho em saúde mental que parte da interrogação. Trabalho cujo efeito pode ser a produção de um laço singular entre profissional e pessoa atendida que abrirá novas possibilidades de saber e de fazer para ambos.

Ao dar lugar de valor à palavra e à ação dos sujeitos que atendeu, o artista de rua fez da cidade um lugar de ouvir e de se fazer ouvir, de agir e de testemunhar os atos dos outros, de compartilhar. Na constituição de um olhar sobre o sofrimento invisível da cidade, Homero conferiu, aos seus recantos imperceptíveis, estatuto de espaço público: lugar de exercício discursivo e de acolhida do outro como diferença. Em sua disposição a experimentar o *desconforto*, mostrou que esfera pública não é um lugar de conforto algum, mas um campo tenso e cheio de impasses. Marcou aí a distância que separa coletividade e espaço público, já que nem toda coletividade propicia esse tipo de exercício. E, no fim das contas, em sua clínica de rua, ele nos reenviou à pergunta pelos efeitos do retorno do “médico” e do louco ao espaço da cidade. Nesse sentido, mais do que à construção de uma *cidade ideal*, seu fazer deu visibilidade às outras cidades que moram na cidade. E os trajetos trilhados em direção ao outro, em sua clínica, foram de escuta, de acolhida, de testemunho e de invenção de formas de *existência*. Trajetos que carregam em si a potência de transformar a atenção em saúde mental e de interrogar os modos normativos de se relacionar com a vida.

5. PALAVRAS FINAIS

É chegada a hora de finalizar o trabalho. Seu ponto de partida foi a pergunta pelas condições de invenção de formas de trabalhar em saúde mental que acolhessem à *existência*, em oposição aos modos de trabalhar que objetivam a subjetividade. Tal questão nos levou aos espaços de formação multiprofissional configurados com a criação da Residência Integrada em Saúde numa das instituições de reconhecida importância no campo da atenção em saúde de nossa cidade. Fomos então recebidos em alguns espaços de formação em serviço de residentes, nos quais encontramos pessoas vivenciando os impasses inerentes ao trabalho com o sofrimento do outro e construindo possibilidades. Fizemos laços importantes nesses lugares. Laços que foram motores dessa escrita – assim como aqueles que estabelecemos em nosso grupo de pesquisa – e possibilitaram a construção que precisamos finalizar neste momento.

Desde o início, afirmamos que buscávamos mapear a emergência de fazeres inéditos, inventivos, que desafiassem a estabilidade dos conhecimentos e saberes. Tivemos muitas surpresas no encontro com vários percursos de formação, mas, inevitavelmente, pudemos trazer aqui apenas algumas delas. Uma odontóloga atravessada pela pergunta sobre a integralidade, entre muitas outras questões, que nos permitiu aproximar escuta da singularidade e atenção integral em saúde. Um médico ensaísta tentando encontrar o compasso dos tempos das ações e resoluções no âmbito psicossocial de atenção às famílias. Um psicólogo dedicado a tecer uma rede de saúde e uma cidade, capazes de alojar *existências* singulares. Ainda um médico que trilhou o difícil caminho da solidão de governar uma orquestra no deserto em direção a um espaço de cantar com o outro. Uma terapeuta ocupacional que nos ensinou sobre a importância de uma presença para a emergência de uma produção, no campo da clínica e da formação. E, por fim, um psicólogo, tragicamente artista, desafiando e sustentando os limites da clínica da subjetividade.

Assim, diante de um vasto campo de vivência no andamento da pesquisa, elegemos essas histórias, instigantes, inconclusas, potentes. Da mesma forma que fizemos com as inúmeras possibilidades de articulação conceitual que a riqueza da experiência possibilitava desdobrar. Especificamente, quanto a nosso percurso teórico, é preciso dizer que ele nos colocou diante de inúmeros impasses. Colocamos lado a lado autores que partiam de diferentes perspectivas, sempre buscando preservar as especificidades de suas elaborações, porém também tentando dar visibilidade aos possíveis tensionamentos. A produção que finalizamos agora é um resultado dessas escolhas. Sobre algumas é possível falar – dizer das

ferramentas e materiais utilizados, explicitando os motivos, encadeando argumentos – exercício que buscamos realizar ao longo de nosso escrito. Contudo, em toda eleição somos também escolhidos e, sobre essa face da escolha que nos escolhe, nos escapam os argumentos e motivos. Porém, embora a escolha traga consigo essa dimensão de desconhecimento, ainda assim é preciso responsabilizar-se por seus desdobramentos. A finalização deste trabalho é o ponto mais alto da assunção dessa responsabilidade.

O final de qualquer que seja a produção sempre nos coloca diante de uma difícil tarefa: encontrar um fim para algo que não terminará, já que as questões que nos impulsionam a produzir, mesmo que de forma sempre diferente, seguem reverberando em nós. Nesse sentido, não finalizamos aqui porque nada mais resta a dizer, ao contrário, pensamos que o final deve ter uma estrutura de abertura mais do que de encerramento. Deve privilegiar articulações que apontem possibilidades para que outras proposições possam ser enunciadas. Nesse sentido, acolhemos o “conselho” de Kiarostami (cineasta iraniano que mencionamos no segundo capítulo), que costuma terminar seus filmes sem que os impasses de seus personagens sejam resolvidos. Ele opta por colocar os impasses em cena e abrir caminhos possíveis sem se preocupar com sua resolução definitiva. Os pontos trabalhados no quarto capítulo de nosso texto têm, para nós, exatamente, esse estatuto de caminhos possíveis. Possibilidades construídas a partir de (des)encontros. Pois se a matéria do trabalho em saúde é a *existência*, a vida singular de profissionais e usuários, conforme sustentamos, qualquer elaboração acerca desse universo só poder ter um caráter provisório e incompleto.

Foi com esse espírito que procuramos construir nossa pesquisa desde uma perspectiva ética e, portanto, problematizadora da cotidianidade, buscando, na narração das cenas cotidianas de formação, a dimensão enunciativa dos saberes e das práticas como potencialmente produtora de formas de acolher à *existência*. E foi nesse sentido que situamos a produção da *existência* num plano trágico, atentando para a dissimetria presente no laço ao outro e para o transbordamento dos limites da normalidade próprio da subjetividade (LACAN, [1959-60] 1997); bem como no plano político, no seu sentido mais primordial, da *polis* (ARENDRT, [1958] 2005), ou seja, da emergência de um espaço *entre* os homens de produção de possibilidades de diferenciação e, portanto, de formas singulares de *existir*. Essa perspectiva apostou no risco da desestabilização dos sentidos estabelecidos, da perturbação de toda natureza de fronteiras, bem como da resistência aos modelos totalizadores do pensamento. Trabalhar a história como montagem, a experiência como provocação ao método e a ética como lugar de dar voz a trajetórias singulares de formação foram momentos

necessários e constitutivos de nosso caminho. Caminho que, desde o início, buscava construir um olhar sobre *existências* em curso, acolhendo singularidades e preservando sua dimensão de alteridade para, de algum modo, poder interrogar e agir sobre o presente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. **Infancia e Historia**: destrucción de la experiencia y origen de la historia. (Mattoni, S. Trad.) Buenos Aires: Adriana Hidalgo, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMORIM, Marília. **O Pesquisador e seu Outro**: Bakhtin nas ciências humanas. São Paulo: Musa Editora, 2004.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. (Raposo, R. Trad.) 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

ARISTÓTELES. **Ética Nicomáquea**. Buenos Aires: Losada, 2003.

BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, Arte e Política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. (Rouanet, S. P. Trad.) 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BENJAMIN, Walter. **Rua de Mão Única**. Obras escolhidas. V. II. São Paulo: Editora Brasiliense, 2000.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. Vol II, 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. X Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília: 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília: 2001.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. P.35-44.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. O lugar da saúde mental na saúde. In: _____. **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. P. 47-57.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: ADIB, Jatene et al. **SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Ucitec, 2002. P.121-135.

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

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. P. 211-226.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipes de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. P. 259-278.

_____. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 161-180.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p.39-64.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em <http://www.who.int/es/index.html>. Acesso em junho de 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, I., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Disponível em <http://www.who.int/es/index.html>. Acesso em junho de 2007.

CONY, Carlos Heitor. **Quase Memória: Quase-romance**. 25 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

COSTA, Ana. **Corpo e Escrita**: relações entre memória e transmissão da experiência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4 ed. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DERRIDA, Jacques. **Anne Dufourmantelle Convida Jacques Derrida a Falar Da Hospitalidade**. (Romane, A. Trad.) São Paulo: Escuta, 2003.

DIAS, Rosa Maria. **Nietzsche e a Música**. São Paulo: discurso editorial, 2005.

DOSSE, François. **História do Estruturalismo**. (Cabral, A. Trad.) São Paulo: Ensaio; Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 1993-1994.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. (Ribeiro, V. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. (Albuquerque, M. T. C. & Albuquerque, J. A. G Trad.) Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Historia de la Locura en la Edad Clásica**. (Utrilla, J. Trad.) Argentina: Siglo XXI Ed, 1990.

_____. **Microfísica do Poder**. (Machado, R. Trad. e Org.) Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRANCO, Tulio Batista & MERHY, Emerson Elias. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 181-194.

FREUD, Sigmund. [1917-1919] Lo ominoso. In: **Obras Completas**. Vol. XVII. (Etcheverry, J. L. Trad.) Buenos Aires: Amorrortu, 2003. P. 215-251.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar Escrever Esquecer**. São Paulo: Ed. 34, 2006.

GONDAR, Jô. **Os Tempos de Freud**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

KEHL, Maria Rita. **Sobre Ética e Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, Jacques. [1955] A coisa freudiana ou sentido do retorno a Freud em psicanálise. (Ribeiro, V. Trad.) In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P. 402-437.

_____. [1953] Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P. 238-324.

_____. [1959-1960] **O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise**. (Quinte, A. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. [1954-1955] **O Seminário, Livro 2:** o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. [1953-1954] **O Seminário, Livro 1:** os escritos técnicos de Freud. (Milan, B. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. [1964] **O Seminário, Livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. (Magno, M. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1956] O seminário sobre a carta roubada. (Ribeiro, V. Trad.) In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P. 13-66.

LANCETTI, Antônio. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: ADIB, Jatene et al. **SaúdeLoucura 7:** saúde mental e saúde da família. 2 ed. São Paulo: Ucitec, 2002. P. 11-52.

LARROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação,** Rio de Janeiro, n. 19, p.20-28, jan/abr. 2002.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a Filosofia e a Literatura.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MAURANO, Denise. **A Face Oculta do Amor:** a tragédia à luz da psicanálise. Juiz de Fora: UFJF, 2001.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: TEIXEIRA, Afonso. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. P. 103-120.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEZAN, Renato. Sobre a epistemologia da psicanálise. In: _____. **Interfaces da Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. P. 437-519.

NUNES, Everardo Duarte. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org.) **Planejamento sem Normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. P. 113-134.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre Saúde Mental no Mundo: 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001. Em: <http://www.who.int/es/index.html>. Consulta realizada em junho de 2007.

PALOMBINI, Analice. **Dos Dispositivos de Poder às Práticas de Si: Psicanálise e Loucura**. 1. ed. Seminário Internacional Michel Foucault: Perspectivas. Florianópolis: Clicdata Multimídia Ltda, 2004. 1 CD-ROM

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 113 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SKLIAR, Carlos. **Pedagogia (Improvável) da Diferença: e se o outro não estivesse aí?** (Lessa, G. Trad.) Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SÓFOCLES. **Antígona**. (Schüler, Donaldo. Trad.) Porto Alegre: L&PM Pocket, 1999.

SÓFOCLES. Édipo em Colono. In: _____. **A trilogia tebana**. (Gama Kury, M. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 6 ed., 1997.

SOUSA, Edson Luiz André de. Mímesis e narcisismo em psicanálise. In: PACHECO FILHO, Raul Albino; COELHO JÚNIOR, Nelson; ROSA, Miriam Debieux (Org.) **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. P. 55 - 63. SONTAG, Susan. **Diante da Dor dos Outros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TODOROV, Tzvetan. **A Conquista da América: a questão do outro**. (Perrone-Moisés, B. Trad.) 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

6.1 LEGISLAÇÃO E PORTARIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Residência em Área Profissional da Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 224/92, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 336/02, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Lei nº 11.789, de 17 de maio de 2002. Cria no âmbito da SES/RS o Programa de Bolsas de Estudo para a Residência Integrada em Saúde. **Diário Oficial [do Estado do Rio Grande do Sul]**, Porto Alegre, RS, BR.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria 16/99, de 1º de outubro de 1999. **Diário Oficial [do Estado do Rio Grande do Sul]**, Porto Alegre, RS, BR.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta pesquisa, realizada pela mestranda Ana Carolina Rios Simoni e, orientada pela Prof^a Dr^a Simone Moschen Rickes, membro da linha de pesquisa Ética, Alteridade e Linguagem do Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS, tem como título “A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais – territórios, impasses e potencialidades do trabalho em saúde mental”. Seu objetivo é analisar os efeitos do trabalho em equipe multiprofissional na formação dos profissionais de saúde e na produção dos modos de trabalhar em saúde mental.

Para a elaboração da pesquisa será necessária a realização de:

1. entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas e transcritas, com os coordenadores da Residência Multiprofissional (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Saúde Mental) e da Residência Médica (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Psiquiatria) sobre a organização dos dispositivos de formação e seus efeitos.

2. entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas e transcritas, com os residentes da Residência Multiprofissional (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Saúde Mental) e da Residência Médica (ênfases em Saúde da Família e Comunidade e em Psiquiatria). Estas entrevistas serão abertas e terão o objetivo de revisar a trajetória de formação do profissional na residência.

3. observações de momentos de formação e/ou trabalho onde os residentes de todas as áreas que compõe ambos os programas de residência estejam em uma atividade integrada.

Será assegurado ao participante desta pesquisa:

1. Que os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

2. Que a participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si ou para sua formação.

Após ter sido devidamente informado dos objetivos desta pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas, eu _____ concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei contatar com a pesquisadora Ana Carolina Rios Simoni pelo telefone _____.

Porto Alegre, _____, de _____ de 2006.

Assinatura

Testemunha

Professor
responsável