| ELIAN | A ROCHA DE LIMA |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | ~ |
| O SUS COMO ESPAÇO UMA EXPERIÊNCIA N |) POTENTE DE (TRANS) FORMAÇÃO: NA SAÚDE MENTAL DE SANTOS/SP |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Dissertação apresentada a Universidade Feder São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência Saúde. |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |

| ELIAN | A ROCHA DE LIMA |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | ~ |
| O SUS COMO ESPAÇO UMA EXPERIÊNCIA N |) POTENTE DE (TRANS) FORMAÇÃO: NA SAÚDE MENTAL DE SANTOS/SP |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Dissertação apresentada a Universidade Feder São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência Saúde. |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |
| | São Paulo – UNIFESP para obtenção do títul Mestre Profissional em Ensino em Ciência |

| ELIANA ROC | CHA DE LIMA |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| O SUS COMO ESPAÇO POTE UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚ | ENTE DE (TRANS) FORMAÇÃO: DE MENTAL DE SANTOS/SP |
| | |
| | |
| | |
| | Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. |
| | Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira. |
| | |
| | |
| SAN | TOS |
| 20 | 18 |
| | |

Lima, ELIANA Rocha de.

O SUS como espaço potente de (trans) formação: uma experiência na saúde mental de Santos/SP / Eliana Rocha de Lima - Santos, 2018.

100 f.

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de São Paulo — Baixada Santista. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: SUS as a powerful space of (trans)formati on: an experience in mental health in SANTOS-SP.

Descritores: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Saúde Mental; Educação em Saúde; Formação em Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ELIANA ROCHA DE LIMA

O SUS COMO ESPAÇO POTENTE DE (TRANS)FORMAÇÃO : UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE SANTOS-SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – como parte dos quesitos avaliativos.

| BANCA EXAMINADORA: | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | | |
| Prof ^a . Dr ^a . Maristela Dalbello de Araújo | | | |
| Universidade Federal do Espírito Santo - UFES | | | |
| Prof ^a . Dr ^a . Lia Thieme Oikawa Zangirolani | | | |
| Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP | | | |
| Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker | | | |
| Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP | | | |
| Prof. ^a Dr. ^a Maria Inês Badaró Moreira | | | |
| Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP | | | |
| Prof ^a Orientadora – Presidente da Banca Examinadora | | | |
| Suplente: | | | |
| Prof ^a . Dr ^a . Silvia Regina Viodres Inoue | | | |
| Universidade Católica de Santos - UNISANTOS | | | |

RESUMO

Este trabalho investigou e refletiu sobre o processo que possibilitou a formação a partir da experiência compartilhada entre os atores de um CAPS III. Trata-se de uma pesquisa que pretendeu acompanhar e analisar a prática desenvolvida identificando as potências de formação. É um estudo qualitativo com construção dos dados a partir dos relatórios dos estagiários e residentes e da utilização da técnica de grupo focal. A leitura dos relatórios revelou a capacidade criativa dos participantes ao viverem o processo de trabalho. Ao entrarmos em contato com a riqueza desse material decidimos escutá-los por meio da técnica de grupo focal. A discussão, no grupo focal, centrou-se no tema da pesquisa. Embora cada etapa tenha ocorrido em momentos diferentes, na fase da análise as duas fontes de dados foram analisadas conjuntamente. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo Temática Categorial, a partir de Bardin. Procedemos, então, com os resultados e discussão agrupados em cinco eixos temáticos: 1. O serviço favorece ao estagiário e residente a vivência voltada ao cuidado em liberdade, na saúde mental; 2. Expectativas em iniciar uma nova etapa afloram temores, ansiedades; 3. A prática vivenciada no espaço institucional revela potências e desafios da formação; 4. Desafios potencializadores e ou inibidores do encontro; 5. Enfrentando os desafios no cotidiano. Os resultados demonstraram que a importância do fazer junto só foi possível porque partimos de um paradigma de complexização do sofrimento humano, e por acreditarmos nas pessoas e ao afirmarmos a vida como potência. A pesquisa aponta a relevância dos CAPSs como espaços que favorecem a potência formativa, identificando sua capacidade pedagógica na construção da prática do cuidado.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Saúde Mental; Educação em Saúde; Formação em Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This project investigated and reflected about process that made possible the formation from the experience shared between the actors of a CAPS III. It is a research that sought to follow and analyze the practice developed identifying the formation powers. It is a qualitative study with data construction based on the reports of trainees and residents and the use of the focal group technique. The reading process of the reports revealed the participants' creative ability to live the work process. When we come into contact with the richness of this material we decided to listen to them through the focal group technique. The focal group discussion focused on the research theme. Although each step occurred at different times, in the analysis phase the two data sources were analyzed together. The data were analyzed based on the Categorical Thematic Content Analysis, from Bardin. We then proceeded with the results and discussion grouped without five thematic axes: 1. The service favors the trainee and resident the experience of care in freedom, in mental health; 2. Expectations in starting a new stage arise fears, anxieties; 3. The practice lived in the institutional space reveals the potentials and challenges of training: 4. Challenges potentiated if inhibitors of the encounter; 5. Facing the challenges in everyday life. The results demonstrated that the importance of doing together was only possible because we started from a paradigm of complexation of human suffering, believing in people and affirming life as a power. The research points out the relevance of the CAPSs as spaces that favor the formative power, identifying their pedagogical capacity in the construction of the care practice.

Keyworks: Health Human Resource Training; Mental Health; Health Education; Health Formation; Unified Health System.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a vida pelos ventos que sopram trazendo benfazejos que aquecem o coração, libertam a alma e potencializam o corpo.

A minha orientadora Mª Inês Badaró pela companhia cuidadosa, delicada e atenta durante toda travessia, pela orientação, leitura e apoio ao projeto de pesquisa.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional pelas contribuições durante o percurso.

Aos professores Sidnei José Casseto e Lia Thieme Oikawa Zangirolani pelas contribuições na qualificação.

As queridas amigas que fizeram parte dessa empreitada, lendo, revisando ou discutindo: Aparecida Pimenta, Fátima Micheletti, Márcia Rahbani, Lucia Frigério, Luciana Cescon, Sonia Mello, Tânia Vieira e Tahamy Pereira.

As demais amigas que acompanharam de diversas formas: Ana Bárbara, Adriana Oliveira, Cláudia Monteiro, Viviane Gorgati, Vivi Magalhães, Rossana Nicolai, Yvonne Morozetti; e ao amigo Fabricio Leonardi, cito estas (e) em nome de muitas (os) outras (os).

As residentes com as quais vivi (entre 2015 a 2017) uma aliança de formação e trabalho que se estendeu para a vida: Marcela Garrido, Laura Assoni, Marcella Ribeiro, Isabelle Araújo, Letícia Furlan, Regina Matos, Tahamy Pereira; e estagiárias (o): Juliana Imperatone, Gabriela Macieira, Gabriel, Marianna Spina, Karen Y. Nagaishi.

A todos os outros residentes e estagiários com os quais vivi a experiência de formação no decorrer dos anos. Sou devedora de muita aprendizagem.

As equipes e usuários dos dois CAPS, em que estive ligada profissionalmente, pelo espaço de trocas infinitas.

A norinha Gabrielle pela acolhida sempre que busquei uma parada pelas bandas de Registro.

Ao Izim, mano velho, pelos descansos em momentos cruciais dessa jornada.

Ao meu filho Otávio por estar sempre junto, ativamente, nesse e em muitos outros aconteceres de minha vida.

SUMÁRIO

| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2 FORMAÇÃO PARA SUS | 15 |
| 3 POLÍTICAS INDUTORAS DE FORMAÇAO | 22 |
| 4 SAÚDE MENTAL – | 31 |
| 4.1. Uma formação por vir | 4 4 |
| 4.1.1. Uma proposta a formação a partir do encontro | 45 |
| 5 OBJETIVOS | 48 |
| 6 MÉTODO | 49 |
| 6.1 Tipo de Estudo | 49 |
| 6.2 Campo | 50 |
| 6.3 Local da pesquisa | 50 |
| 6.4 Participantes | 51 |
| 6.5 Estratégia de Grupo | 51 |
| 6.6 Análise de Dados | 5 4 |
| 6.7 Considerações Éticas | 55 |
| 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 57 |
| 7.1 O serviço favorece ao estagiário e residente a vivência de uma prática volt | ada |
| ao cuidado em liberdade, na saúde mental | 58 |
| 7.2 Expectativas em iniciar uma nova etapa afloram temores, ansiedades | 61 |
| 7.3 A prática vivenciada no espaço institucional revela potências e desafios | da |
| formação | 63 |
| 7.4 Desafios que são potencializadores ou inibidores do encontro | 69 |
| 7.5 Enfrentando os desafios | 85 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 90 |
| REFERÊNCIAS | 92 |
| 1. ANEXO | 98 |
| 2 ANEXO | 100 |

LISTA DE SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CGMAD Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

DCN's Diretrizes Curriculares Nacionais

EP Educação Permanente

MS Ministério da Saúde

MEC Ministério da Educação

MNLA Movimento de Luta Antimanicomial

NAPS Núcleo de Apoio Psicossocial

Nasf Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PTS Projeto Terapêutico Singular

PET-Saúde Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNSM Política Nacional de Saúde Mental

PROMED Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRÓ-SAÚDE Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RAS Rede de Atenção à Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SRT Serviço Residencial Terapêutico

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separarse de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (Foucault, 1984, p.13)

Essa produção não é o resultado, tão somente, de um esforço individual, está sendo tecida com a contribuição de muitas pessoas, algumas dessas compartilham do momento presente, e outras compõem as narrativas de minha vida, alhures.

Das histórias mais antigas o que vem à tona são pequenas lembranças de um emaranhado de outras "já silenciadas" ou já tão incorporadas ao meu ser que fica difícil ou impossível apresentá-las como autênticas. Pois, "a verdadeira imagem do passado passa por nós de forma fugidia. O passado só pode ser apreendido como imagem irrecuperável e subitamente iluminada no momento do seu reconhecimento" (Benjamin, 2012, p.18).

Neste relato deixo encoberta várias lembranças que compõem a minha trajetória de trabalho na saúde mental. Talvez elas possam surgir entremeadas a outras lembranças mais recentes.

Parto do ano 1992 quando iniciei em Santos como psicóloga na Casa de Saúde Anchieta que funcionava de acordo aos princípios estabelecidos pela intervenção ocorrida em 1989. Fui inserida num núcleo de trabalho associado a um grupo de internos que logo seriam encaminhados para um novo serviço territorial compreendido na região da Ponta da Praia.

Após quatro meses iniciamos a experiência no Núcleo de Atenção Psicossocial III – NAPS III que tinha a missão de ser uma alternativa assistencial às instituições psiquiátricas fechadas. O NAPS é uma modalidade de serviço equivalente ao CAPS III.

O início das ações, nesse novo espaço, foi de certa maneira uma continuação do que já se reinventava como resposta ao sofrimento psíquico quando estávamos no Anchieta. Mas de posse do lugar e lançados ao território muitas iniciativas foram tomadas, tais como a aproximação com a Associação de Bairro da Aparecida onde fazíamos vários combinados garantindo assim o trânsito intermitente dos usuários em várias das atividades ofertadas; e também íamos à Escola Estadual falar sobre assuntos pertinentes a saúde mental, em conjunto com a direção da UB da Aparecida numa co-responsabilização aos problemas do território.

Essas experiências se constituíram num repertório de práticas a partir das quais vários projetos terapêuticos foram desenhados.

Passados dois anos, aproximadamente, o NAPS passou a ser campo de prática profissional para os estudantes, da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS dos cursos de enfermagem, psicologia, serviço social, e para os da Fundação Lusíadas do curso de medicina.

Assumi como supervisora de estágio em serviço para os estudantes de psicologia desde o início da atividade. Mais tarde fui convidada a assumir o acompanhamento dos estudantes de medicina.

Eram bem diferentes as dinâmicas e orientações pedagógicas de cada um desses cursos. Ao assumir a preceptoria dos estudantes de medicina me instruíram de como seria o procedimento pedagógico a ser adotado. Logo de início fiz algumas adaptações: a primeira estava relacionada ao usuário que seria conduzido até o grupo para relatar sua história psiquiátrica, e a partir dessa exposição as perguntas seriam levantadas no intuito de suscitarem as discussões em cima da nosologia psiquiátrica. Lógico que eu tinha minhas limitações no desempenho dessa discussão, o que me levava a manter a discussão dentro do perímetro de conhecimento da psicologia e da saúde mental que fora incorporado no decorrer do exercício da prática clínica.

Bom, na prática a indicação do usuário que iria participar era determinada por mim. Foi essa a forma que herdei para a condução do grupo. Porém, eu me sentia muito incomodada com tamanha autoridade. Passei a fazer convites às pessoas. Num primeiro momento, tinha com facilidade adeptos, porém bastasse uma atividade mais prazerosa ou mesmo por enfado, se negavam. Comecei a argumentar sobre a importância que eles tinham na aprendizagem desses futuros profissionais. E fazia essa discussão, também, com o grupo de estudantes, mas isso não se resolveu para mim, algo me incomodava.

Até que me veio à mente um acontecimento anterior do qual participei quando trabalhei num Hospital Psiquiátrico: quando uma garota de quem eu era referência para o tratamento foi convidada a participar de uma discussão clínica onde ela seria interpelada sobre sua sintomatologia psiquiátrica.

Acompanhei cada transformação expressa no seu corpo. Ao sair da reunião teve uma explosão de cólera e indignação por ter sido colocada naquele lugar. Acredito que tenha feito um pacto comigo mesma de nunca mais vivenciar ou coparticipar de algo semelhante.

Creio que este trabalho resgata esse compromisso guardado tão veladamente dentro de mim, e que me conduz e potencializa a cada dia no meu percurso de trabalho.

Dividi por alguns anos a tarefa da formação em serviço com a professora que hoje é a orientadora desta dissertação de mestrado, Maria Inês Badaró. Procuramos criar, conjuntamente, uma proposta de formação em que o estudante tivesse uma participação ativa, autônoma e criativa, sem com isso assumir a liderança na resolução e encaminhamento das questões de vida trazidas pelas pessoas em sofrimento.

Parece, à primeira vista, que isso não tem nenhuma importância ou que seja insignificante na aquisição de uma competência ou à prática dos futuros profissionais. Porém, para nós isso se traduzia num modo de estar com o outro em que a primeira questão a ser construída seria aquela relação que estava surgindo.

Nessa perspectiva, este estudo se propôs a investigar e analisar o processo que possibilita a formação a partir da experiência compartilhada entre os atores que compõem a equipe do CAPS III.

Para isso, traçamos o percurso no qual desenvolvemos as seguintes questões:

No Capítulo I, fizemos uma introdução abordando a construção do SUS, o seu percurso histórico, o jogo de força e negociação com a política neoliberal, um dos grandes entraves para sua efetivação e sustentação. Enfatizamos os desafios da educação voltada para o SUS, afim de que as práticas assistenciais estejam alinhadas aos modelos de cuidado integral.

As políticas indutoras de formação são descritas no Capítulo II, e se insere no intuito de que a política do SUS avance e se fortaleça nas ações do cotidiano. Para isso compõe uma

parceria entre universidades e serviços de saúde com o objetivo de reorientação da formação para os profissionais de saúde.

No Capítulo III, descrevemos um breve histórico da loucura e sua aposta no modelo asilar que culminou em formas desumanas de tratamento. Logo na sequência trazemos a Reforma Psiquiátrica e os desdobramentos do movimento com as conquistas de leis e portarias para um modelo de cuidado em liberdade. Abordamos o imperativo das mudanças de formação com um dos desafios até hoje perseguidos no horizonte das contínuas demandas da Reforma. Lançamos uma aposta na formação em serviço a partir do encontro entre as pessoas.

Os Objetivos estão apresentados no Capítulo IV.

O Capitulo V aborda o Método utilizado na pesquisa, o tipo de estudo, o campo, o local, os participantes, as estratégias utilizadas na produção dos dados, a análise dos dados e as questões éticas.

No Capítulo VI, Resultados e discussão cuja organização procedemos com a divisão de cinco grupos temáticos que em linhas gerais procuramos dialogar com os objetivos traçados da pesquisa.

Os demais Capítulos arrematam a pesquisa com apresentação das Considerações Finais e o Produto Final colocado em anexo.

2 FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidado na Constituição Cidadã de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) institui legalmente, como sua competência, a função de ordenador da formação de Recursos Humanos para a saúde e a produção de conhecimento na área. Dessa forma, a LOS estabelece a elaboração e execução da política de formação, a criação de comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e universidades, consequentemente, a articulação entre entidades e instâncias representantes da educação e categorias profissionais. Além do que, coloca o SUS como campo de prática para a formação em saúde (BRASIL,1990).

A importância dessa função está em que "os processos de formação devem ser entendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde [...]" (PASSOS; CARVALHO, 2015, p.96). O papel de ordenador da formação implica organizar os meios necessários para que os princípios e as diretrizes do SUS se desenvolvam, se assentem nas redes de atenção promovendo a gestão democrática e participativa do SUS.

Falar do papel de ordenador da formação nos faz pensar na necessidade de um determinado perfil profissional que dê conta dos processos de mudanças na produção do cuidado e gestão propostos pelo SUS. A formação, portanto, é colocada como um dos pilares para a sua construção, dito de outra forma é por onde se pode pensar na implantação, sustentação e extensividade do sistema de saúde em todo o território nacional. Neste sentido, afirma Campos (1992):

Não se pode basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há de se criar uma dinâmica de funcionamento do sistema [...] que os [...] 'recursos humanos' sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança (p.138).

Dito isso, necessita-se de profissionais nos vários pontos do sistema como promotores das mudanças preconizadas pelo SUS. E que mudanças são essas?

O SUS propõe mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

É, portanto, um sistema complexo, pois propõe mudanças profundas em suas bases com os princípios de universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas por um lado, e os princípios organizacionais da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, de outro; não é pouca coisa: é resgatar a dignidade humana a todo cidadão independentemente de credo, raça, religião, posição social e por aí vai.

As propostas do SUS surgem para enfrentar mudanças num sistema de saúde que não atendia às necessidades de uma grande parcela da população, tanto individual quanto coletiva; resultando na desigualdade do acesso aos serviços de saúde, com qualidade insatisfatória e ausência de integralidade das ações. (CNS, 1987)

Para uma melhor visualização do impacto que a proposta do SUS trouxe ao campo da saúde, exporemos de forma sintética o panorama à época em que o movimento de Reforma Sanitária emerge, para que possamos compreender o porquê da atribuição do papel de ordenador da formação, na área da saúde.

É muito recente a criação do Ministério da Saúde (MS), ano de 1953; sua criação é uma tentativa de direcionar ou responder às complexidades de saúde pelas quais a sociedade vinha necessitando diante do fortalecimento do setor econômico do país, e do rescaldo de um *não-sistema de saúde* até então baseado em campanhas, e com "a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar" (Paim, 2009).

Por essa época a saúde pública estava ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) então vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, a saúde do trabalhador ao Ministério do Trabalho, e a medicina previdenciária aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Em virtude dessa fragmentação havia duplicação de ações, com isso, "desperdício de recursos, resultando em dificuldades para resolver os problemas de saúde da população que se urbanizava, ao tempo em que aumentava o número de indústrias" (Ibidem).

Ainda, remetendo as contribuições de Paim (2009), o MS se estrutura em torno dessas três áreas: saúde pública, medicina previdenciária e a medicina do trabalho, cada uma delas, como dito acima, atuando de formas independentes e "respondendo a pressões distintas" de seu programa; embora se unindo numa mesma estrutura administrativa, o funcionamento institucional manteve a divisão, a hierarquização e a concentração do planejamento, da decisão e ações no enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde. Traz, portanto, uma forte herança de incomunicabilidade entre as áreas, não inteiramente superada até hoje.

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalho, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (PAIM, 2009, p. 10)

A implantação do SUS nasce, portanto, num contexto adverso: uma estrutura pública fragmentada, e "um evidente predomínio político e ideológico do projeto neoliberal para a saúde". Tendo esse contexto institucional cindido, o modelo privatista teve muita facilidade em imprimir o "selo liberal" em toda a estrutura pública. Vemos o projeto neoliberal deter maior poder de pressão e de determinação do modelo assistencial a ser seguido do que o bloco universalista (SUS). Essa posição majoritária teve como resultado uma certa subordinação do projeto reformista ao modelo conservador e dominante com o jeito de produzir saúde de forma privada. (CAMPOS, 1992)

O modo de produzir saúde numa concepção liberal-privatista pode ser percebido nas relações estabelecidas entre trabalhador e usuário, principalmente na figura médica que assume a posição centralizadora do cuidado. Essa concepção médico-centrada é resultado de uma maneira peculiar de abordar, tratar e solucionar as necessidades de saúde. Ao colocar a figura do médico como único articulador da produção do cuidado, lhe será criado um lugar de destaque em volta do qual todos os outros orbitaram (usuário e demais profissionais). Essa postura diz Merhy (1994) é 'impessoal, objetivisante e descompromissada' (p. 118).

Para comprovar isto, basta imaginar uma situação na qual você esteja precisando dos serviços de um pronto-socorro, de um centro de saúde, de um hospital, de uma clínica qualquer. Mesmo quando esta for a mais privada das clínicas, sinta o quanto você não tem acesso aos profissionais, o quanto por trás do aparente luxo da sala de espera, há uma barreira que separa os mortais dos olímpicos senhores de nossas necessidades. (Ibidem, p. 118)

Fizemos esse histórico que retrata o modelo de atenção que se impunha à época da implantação do SUS. Muito embora, passados 29 anos de sua construção, ainda, se mantenha entre os modelos de cuidado ofertados nos serviços. Reconhecemos que as dificuldades e resistências internas à implantação da rede de atenção à saúde são, prioritariamente, o embate entre dois campos de interesses divergentes: o privado e o público¹.

-

¹ Recentemente foi aprovada a Emenda Constitucional Nº 95 de 15/12/2016 mais conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos. A aprovação dessa Emenda estabelece um limite de gastos públicos da União a fim de que possa

No modelo de atenção preconizado pelo SUS o que está implícito e explícito é muito mais a lógica que orienta as ações em saúde do que uma estamparia a que devemos reproduzir.

Isto é, por mais que se tenham diretrizes e princípios que possam pautar as ações de saúde, cada gestor construirá seu modelo de cuidado fundamentado sobre padrões de pensamento ético-políticos, e concepção de saúde e doença que defende. Com isso, não é possível a reprodução *ipsis litteris* de um mesmo modelo em localidades diferentes, pois esses atravessamentos se ligam a interesses sócio-políticos específicos.

Cada modelo traz sua própria organização, diretrizes e estratégias particulares que se expressam, se materializam nas diferentes práticas de cuidado ofertadas nos serviços. Portanto, vemos que a cada caminho traçado há mudanças no processo de trabalho em saúde. Nesse processo há de haver uma harmonização entre a gestão, o processo de trabalho e o modelo de atenção a ser instituído.

Essa engrenagem vai se deslocando de seus matizes, extremamente burocráticas para se configurarem na produção de ações de saúde em ato. Nessa camada do sistema três atores entram em cena: usuário, trabalhador e gestor. Ressaltamos, também, o espaço físico como possibilidade de contorno às produções, ricas, de cenas que serão produzidas pelos atores envolvidos. No entanto, realçaria que o espaço físico está compreendido ao território no qual se unem redes de solidariedades. A construção dessas redes se dá pela necessidade de uso dos mais diversos, propiciando a construção de valores de múltiplas naturezas: culturais, antropológicas, econômicas, sociais, religiosas, afetivas; é infinita a lista.

Portanto, queremos pontuar que está intimamente relacionada a maneira como ou até onde o serviço de saúde atua e o modelo de atenção adotado. Vemos, portanto, uma relação peculiar entre o espaço de circulação e as relações dialógicas² construídas entre gestor,

equilibrar as contas públicas. Essa é a visão de pessoas ligadas ao governo, em exercício, por razões políticas e ideológicas, que afirmam que haverá com essas medidas controle e estabilidade na economia. Porém, afirmam especialistas de opinião divergente que um dos primeiros impactos é a redução de circulação de dinheiro que resultará, como um efeito cascata, na estagnação econômica. Outro ponto mais importante, com a limitação dos gastos haverá pouco investimento na melhoria de serviços públicos essenciais, acarretando no que comumente chamamos de sucateamento dos serviços públicos para que se justifique o repasse da gestão ao setor privado. Com isso, determinadas camadas sociais não terão acesso fácil aos recursos que lhes possam garantir condições e expectativa de vida decente. Em médio prazo os problemas econômicos serão agravados e consequentemente novos problemas sociais surgirão. A PEC 95/2016 diminui investimento nas áreas de educação e saúde, áreas que são reguladas pela Constituição pelo seu papel na diminuição da desigualdade social.

² Paulo Freire (2001) define a comunicação dialógica a uma relação oral entre as pessoas se realizando em nível de igualdade.

trabalhador e usuário. Esses três universos têm uma infinidade de desenhos relacionais que ao se cruzarem podem possibilitar a formação e o estreitamento de rede de relações sociais e de cooperação mútua.

No entanto, para que possamos vislumbrar configurações em prol de um jogo de forças que convirja a atender às necessidades e autonomia do usuário a interlocução deve ser constante entre os três. Além disso, o campo de conversação empenhado em direcionar o processo de trabalho às necessidades dos usuários necessita estar apoiada numa conjuntura política que venha orientar, sustentar o modelo adotado, apresentando diretrizes políticas para que a gestão produza ações visando à centralidade do usuário ao sistema. Sem o que, a força entre os três atores será desigual.

Merhy (2000) defende que todos os atores jogam e o fazem a partir do lugar que ocupam nesse cenário, mobilizando os "mais variados tipos de recursos para negocia-lo, ou mesmo impor"; os usuários com suas necessidades, os trabalhadores com suas tecnologias de saúde e os gestores com suas capacidades de governar os recursos necessários. No entanto, sabemos que o fiel da balança é regulado de acordo com os interesses dos governantes. Há 29 anos vivemos essa cruzada. E como já apresentado acima, para que o usuário tenha um papel de partícipe nessa engrenagem há que haver sustentação política e ideológica que promova isso.

Senão as transformações desejadas de uma política que resgate a cidadania, promovam a equidade nas ações e serviços não vicejam. O que se verá é um reforço ao modelo médico hegemônico ou modelo político clientelista tão em voga nos nossos serviços.

Mas, esperamos que os gestores que estejam envolvidos com as demandas individuais e coletivas, isto é, *com o mundo de necessidades* dos usuários procurem criar alternativas para que o campo das relações se estabeleça possibilitando a negociação e contratualização entre eles (gestores, trabalhadores e usuário), de forma aberta e livre.

Se a gente conseguir trabalhar nessa linha mais dinâmica de aprender as redes de atenção e de gestão a partir do SUS, entendido como essa multiplicidade de linhas de forças, é mais um campo aberto para que nós que vivemos nos processos de ensino possamos desenvolver essas atividades centradas no aluno, tornando esse aluno, agora, sujeito e protagonista de processo (Pedrosa, 2014).

Fizemos um grande recorte na discussão sobre as ações necessárias para a sustentabilidade e consolidação do SUS. Nesse sentido, foi uma escolha deliberada, como já dito acima, uma vez que queríamos focalizar a reflexão nessa trama fina que subjaz o campo

de conversações do processo de trabalho em saúde, e explicitar as *linhas de forças* presentes nos serviços tencionando por se instituir como modelo a ser adotado.

Essa questão nos leva a pensar na inevitabilidade do debate em torno de como formar e qualificar os profissionais às necessidades do SUS, para que estes sejam os principais promotores de mudança e sustentabilidade do sistema. Porque os investimentos na formação são um dos pilares que tem a capacidade "de produzir novas conformações dos atos de saúde" (Merhy, 2005), que visam favorecer à superação e construção de um novo modelo de saúde.

Desta forma, as políticas de formação são uma importante estratégia para se atingir mudanças, significativas, no contexto do SUS. Por conseguinte, deverão contemplar três vetores: primeiro, de que as diretrizes curriculares, nas universidades, estejam voltadas à formação profissional, na área da saúde, consonantes com as propostas do SUS; segundo, de que os serviços determinem ou influenciem a formação profissional no intuito de suprir suas necessidades; e por último, ter um olhar atento à formação que acontece "dentro" dos serviços.

Para isso, foi pensada na criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) instituídas na Lei nº 8.080 de 1990. Essa comissão tem a finalidade de propor métodos, estratégias e prioridades que contribuam para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS

Buscando impulsionar a integração universidade e serviços de saúde, um amplo movimento foi se articulando. O Ministério da Saúde junto com a Fundação W. K. Kellogg, o Ministério da Educação (MEC), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em momentos diferentes, participaram da articulação ou implantação de políticas que tinham a finalidade de enfrentar o desafio da qualificação profissional, visando às transformações das práticas de saúde.

O contexto é bastante diversificado, pois, além de suscitar um debruçar profundo sobre as bases curricular-pedagógica dos cursos da saúde, o aspecto relacional entre os campos (serviço-universidade) até então era, marcadamente, desconectados. Foi necessário que as duas instituições pudessem rever partes e modificar aspectos conceituais, estruturais, estratégicos e operacionais pela Universidade, assim como, procurar fazer adaptações conjunturais e estruturais nos serviços para que pudessem ofertar um campo de atuação condizente à melhoria da formação, como também, para a construção de uma prática de qualidade.

Malgrado não ser essa a realidade que se apresenta em todos os lugares onde a integração entre serviço – universidade fora criada. O contexto dessas experiências é muito marcado por disputas, conflitos e dificuldades devido à lógica de trabalho diferenciada de cada um desses universos. A universidade voltada para a produção do conhecimento teórica e metodológica, os serviços envolvidos nos procedimentos técnico-operativos para a produção do cuidado.

Além da atuação em esferas divergentes, mas, não excludentes entre teoria e prática, os atores de cada campo sentem-se ameaçados ou incomodados com essa aproximação. Principalmente os trabalhadores dos serviços, pelos olhares críticos de um saber-fazer vindo da academia. Esse incomodo emerge devido um jeito impositivo e desprovido do processo histórico vivido pelos profissionais e que, muitas vezes, fica de lado quando os dois serviços estão juntos para reverem ou refletirem sobre a produção do trabalho.

Mas, muito tem sido o investimento em políticas públicas, nessas três décadas, que vieram assessorar o contexto de mudança proposto para o campo da educação e da saúde, no compromisso com a formação visando atender aos princípios do SUS.

É nesse sentido que essa pesquisa marca sua relevância ao trazer à tona a importância dos serviços de saúde mental enquanto potência formativa, num momento tão marcado pelo gosto ao retrocesso e a pauperização da qualidade de trabalho.

3 POLÍTICAS INDUTORAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A discussão em torno da formação dos profissionais para a saúde é anterior à constituição do SUS. Algumas críticas surgem a partir de 1960, mas foi após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, com a introdução da atenção primária à saúde como uma área a ser integrada na grade da formação que algumas mudanças foram adicionadas, como a ampliação do campo de prática fora do contexto hospitalar. Porém, não houve uma correspondência entre o arcabouço teórico e metodológico nos cursos de medicina e enfermagem e o cenário ampliado das práticas. Com isso o descompasso entre o perfil do profissional destes dois cursos, principalmente, e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, ainda se manteve (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Com a criação do SUS alguns esperavam que as mudanças pudessem ocorrer na medida de sua implantação, que o próprio pensar, fazer e negociar do dia a dia da construção pudesse ir instituindo novas formas de produzir saúde. Outros apostavam que as mudanças deveriam começar pelas instituições de ensino ou concomitantes com uma revisão das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde para um efetivo movimento de mudança no contexto do sistema.

Já estava mais do que sabido que se tinha que superar o distanciamento entre a reforma do setor saúde e a reforma do processo de formação e de trabalho, sem os quais o projeto não se sustentaria.

A educação é o ponto de convergência para as transformações das práticas de saúde e de (re)organização dos serviços, em um acontecer vinculado às instituições de ensino nas graduações e pós-graduações para os futuros profissionais de saúde, ou através de projetos de educação permanente para os profissionais inseridos nos serviços.

Para que isso se efetivasse políticas interministeriais foram criadas apontando a necessidade de modificações nas graduações e a importância da integração ensino-serviço. A consolidação da integração ensino-serviço e o foco na atenção primária passam a ser a âncora das iniciativas, assim como, apontam as principais estratégias.

Buscando cartografar a linha do tempo das iniciativas promovidas, podemos perceber que a cada proposta, diretriz ou lei criada, há entre elas uma intenção de complementariedade,

sustentação ou ampliação de uma política posterior à precedente. Tal qual a um efeito cascata, o campo de cobertura se amplia ou se enraíza a cada nova investida. Tal manejo é importante para que se possa reverter ou no mínimo estabelecer um campo de força que seja favorável para que a política do SUS avance e se fortaleça nas ações do cotidiano nos serviços.

A primeira iniciativa foi o Projeto de Integração Docente-Assistencial - IDA que embora tenha se constituído no início dos anos 80, já representava tentativa de romper com o distanciamento entre a universidade e a realidade dos serviços de saúde. Esperava-se com a inserção dos alunos nos serviços, provocar um movimento de mudanças nas grades curriculares, e nas estratégias pedagógicas. No entanto, essa expectativa não se cumpriu. Essa iniciativa ocorreu de forma tímida, não envolvendo os outros atores que compõem o cenário da saúde, como os profissionais, comunidade, alunos e docentes; o serviço foi utilizado como espaço de treinamento, não oferecendo, dessa forma, impacto ao modelo tradicional de ensino adotado. Contudo, foi de fundamental importância para a formulação de outras propostas.

Foi o caso do Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde criado em 1990, por iniciativa da Fundação W. K. Kellogg. Às lacunas deixadas pelo IDA como a integração entre serviços, universidade e comunidade, buscou-se, neste projeto, fazer essa aproximação de forma efetiva. Alguns estudos revelam que foi uma proposta exitosa quanto a produzir mudanças simultâneas nos distintos campos implicados.

Foi de grande valia a participação da Rede Unida, que colaborou na integração da rede IDA e do Projeto UNI, com o seu espaço de trocas, divulgação de experiências, com isso, as articulações entre as instituições de ensino e pesquisa, serviço e comunidade para o processo de definição das diretrizes curriculares promovido pelo Ministério da Educação, tomaram corpo. (BRASIL, 2001a)

As experiências produzidas com a implantação das iniciativas IDA e Projeto UNI ajudaram no fortalecimento das propostas que se seguiram. Mais ainda, ficou evidente que não se podia esperar transformações espontâneas das instituições de ensino sintonizadas com as diretrizes do SUS. Dessa forma, teria que haver o papel de um indutor, que pudesse conferir direcionalidade ao processo de mudanças e contribuir ao alcance dos objetivos propostos, na procura de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade. (Brasil, 2001a)

No início dos anos 2000 duas propostas são apresentadas: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED e as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN's para os cursos de graduação da saúde.

O PROMED tem por objetivo ajudar no processo de revisão das estruturas curriculares apresentadas nas DCN's de 2001. Este Programa foi o resultado do trabalho desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com a participação da Organização Mundial da Saúde e entidades da categoria médica. É importante lembrar que para elaboração do PROMED houve a coligação dos dois ministérios na busca pela adequação nas políticas de formação para os profissionais da saúde. (BRASIL, 2001a; 2007)

A proposta resultou no Edital de seleção de melhores projetos para implantação das DCN's. Inicialmente, dezenove escolas de medicina receberam investimentos públicos para a efetivação de seus projetos. O objetivo foi estimular as escolas médicas a harmonizarem seus currículos, sua produção de conhecimento à realidade social e de saúde do país, contribuindo para o fortalecimento e sustentabilidade do SUS, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2007).

As DCN's lançadas em 2001 e revistas em 2014 propõem mudanças nos programas de graduação que venham atender as necessidades sociais de saúde. Procuram intervir no processo formativo a fim de que os programas de graduação revejam as bases da formação, calcadas na assistência individual e hospitalar centrada, para uma prática com enfoque generalista que venha corroborar na atuação da Atenção Básica visando a integralidade do cuidado, a humanização e a qualidade. Tais mudanças estão sintonizadas com as diretrizes do SUS e se sustentam numa concepção de saúde para a qual as dimensões sociais, econômicas e culturais da população são os seus pilares (BRASIL, 2001a; HADDAD, 2010).

Resumindo, as DCN's representam uma mudança no arranjo conteúdo-curricular, nas modalidades de ensino, na formação de professores e na interação ensino-sistema-cidadania

Intercalada entre os projetos IDA e UNI a Educação Permanente (EP) caminhou lado a lado com essas propostas, pois já se defendia que a formação dos profissionais deveria se estender após o período da graduação.

O conceito de Educação Permanente foi usado para identificar a capacidade pedagógica presente por toda a rede do SUS. Desse modo passa a reconhecer a rede pública de saúde como uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, enxergando o trabalho como um ato formativo. De fato, há no mundo do trabalho uma potência formativa independente de existir ou não uma política para isso. Para Merhy (2005) uma política de EP em Movimento é muito mais um reconhecimento de que o mundo do trabalho na produção do cuidado é uma escola rica, ampla e permanente. Esse é o processo da Educação Permanente.

O mesmo autor ressalta que o cerne dessa proposta é o reconhecimento de ter o SUS como uma escola permanente, que ao atuarmos nos produz e aos outros (trabalhadores e usuários), cotidianamente, enquanto estamos na construção da prática do cuidado. Essa é talvez uma das questões mais estratégicas, quando podemos repensar a própria gestão coletiva do trabalho em busca de um novo modelo de atenção.

Nesse sentido, os problemas que surgem, do cotidiano, têm a potência de revelar processos formativos das intrincadas relações que se formam entre trabalhadores, destes com os usuários, gestores e a rede de serviços. É dessa rede de relações e conversações que são ativados atos produtivos a todo momento. "Isto quer dizer que estamos nos vendo com aquilo que a gente faz, com aquilo que a gente produz com o outro, com aquilo que o outro produz em nós e isso nos leva a exercitar o conhecimento e o pensamento em nós [...]". Deste modo a Educação Permanente, os processos formativos e a produção do cuidado são inseparáveis (Merhy, 2005).

A educação permanente tem uma história longa e transversaliza todas as iniciativas desde a IDA e UNI e outras políticas de saúde, até hoje; foi marco conceitual nas DCNs ao orientar que a educação formal dos profissionais deve se constituir na relação serviço/trabalho e instituição de ensino.

A constatação dessa potência, nos serviços, possibilitou a orientação da formação e do trabalho em saúde e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que teve o papel de dar sustentação à Política Educação Permanente. Além disso, é extensivo à SGTES as iniciativas que compõem as ações estratégicas das mudanças em congruência com o SUS, que foram: Pró-Saúde, PET, Pró-Pet, Residências Médicas e Residências Multiprofissionais (BRASIL, 2001a; 2007).

O PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde teve duas etapas, a primeira visava incentivar a transformação do processo de formação nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia; no segundo momento procurou induzir mudanças nas demais profissões de saúde. Sua política busca intervir no processo formativo tradicional das profissões de saúde, dando lugar a uma formação sintonizada com o perfil econômico, sócio - histórico e epidemiológico da população, com isso, busca a abordagem integral do processo saúde – doença com direcionamento para a atenção básica; o programa visa a articulação ensino-serviço com a entrada do estudante desde o início da sua formação, estimulando o contato com cenários reais o que lhe possibilitará construir um conhecimento e avaliação críticas e ter uma atitude de responsabilização frente a realidade de saúde na qual atua; além disso, incentiva a produção de conhecimento voltada para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde propõe três eixos norteadores de avaliação para que a Instituição de Ensino Superior (IES) e o serviço público de saúde construam sua proposta de reorientação da formação, são eles: o primeiro é a Orientação Teórica que se baseia em três direções, nos determinantes de saúde e social da doença enfatizando os estudos clínicos-epidemiológicos que propiciarão a avaliação crítica e consequentemente, uma prática condizente com essa visão; a produção do conhecimento em conformação com a realidade de vida e saúde da população, e a investigação nos aspectos gerenciais do SUS, visando auscultar as boas práticas de gestão rumo a construção de rede e cooperação técnica; e a educação permanente favorecendo o acesso com a modalidade de educação à distância e cursos de pós-graduação em contextos estratégicos do SUS. (BRASIL, 2007)

O segundo eixo é Cenário de Práticas que tem como pontos a integração ensinoserviço, utilização de diversos níveis de atenção, integração dos serviços próprios das IES com os serviços públicos de saúde.

E por último a Orientação Pedagógica espera mudanças no eixo da formação para uma aprendizagem ativa e crítica; defende a construção da prática nos cenários reais, possibilitando, assim, a reflexão e análise do próprio processo assistencial em que estão atuando; nesse eixo é esperado que o papel do professor seja de facilitador e orientador desse processo.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) está regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010, que dispôs de bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O Pet-Saúde compõe umas das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (BRASIL, 2010).

O propósito é o fortalecimento de áreas estratégicas do SUS, de acordo com seus princípios e necessidades. Para isso, lança este Programa que tem como objetivo a Educação pelo Trabalho, tendo como ponto estratégico a reorganização das atividades de ensino e de cuidado em rede buscando construir a linha do cuidado; visa atingir pontos estratégicos como a articulação intersetorial, fomentar a educação permanente, além de fortalecer e ampliar a participação da comunidade.

Em 2012 a Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista e a Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SMS/Santos submeteram à avaliação o Projeto Formação e Cuidado em Rede: integração ensino-serviço na construção da integralidade, o qual foi aprovado.

A proposta apresentada foi a ampliação e articulação do trinômio ensino-serviço-comunidade para a estruturação de processos de formação e de cuidado na rede da SMS. A implantação foi no território de maior vulnerabilidade (noroeste e morro/centro) do município de Santos. Sua organização se deu com a divisão em três áreas elencadas como prioritárias pela SMS: Rede Cegonha, Urgência/Emergência (enfoque no HIPERDIA) e Saúde Mental.

A importância dessa articulação tem sido a de propiciar a construção de um 'entre' serviços-universidade onde uma prática pode ser inventada, mudanças podem ser vistas como necessárias, compromissos coletivos podem ser estabelecidos.

A criação de um 'entre' traz o desafio de encontrar o que é comum em ambos, o que possibilitará reconhecer no outro, com quem trabalha, linhas de composição entre as especificidades profissionais. O comum pode ser visto como uma espécie de campo de possibilidades inerente a todos, reservatório de múltiplas experimentações, potencialidades, produções de saberes e técnicas, poderes, que são de qualquer um e que, de todo modo, seja qual seja (ou de quem seja), ele importa (Henz et al, 2013).

A aposta está na produção inventiva a partir do encontro entre as várias áreas disciplinares. Mesmo quando já foi superada a necessidade de demarcação dos campos de atuação, o tensionamento estará presente na mistura, no borramento que o trabalho comum possibilita, nas interações que ampliam a capacidade de agir. Algumas experiências têm sido muito ricas e podem traduzir o desafio colocado ao SUS no processo de construção e de fortalecimento da rede de atenção em saúde pela via das políticas de formação profissional.

Outro incentivo muito importante foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE. Instituído em 1999 na Portaria 1.262 tendo como objetivo o de qualificar 250.000 profissionais de enfermagem que atuavam sem nenhuma ou pouca qualificação. Se esperava com essa medida atingir duas questões importantes: a primeira que a assistência prestada ao usuário teria uma maior eficiência; a segunda, atingir uma melhor qualidade dos serviços prestados no SUS.

Tivemos ainda a criação do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS que trouxe a discussão sobre a integralidade para o domínio das práticas de saúde, como também, para os processos formativos. Esses dois objetivos estão integrados buscando resgatar o compromisso social proposto pelo SUS, e o lugar da universidade junto aos serviços promovendo as discussões para embasar a construção de políticas para a área.

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde foram criadas a partir da integração do MS e MEC, instituída na Lei 11.129 de 2005. Compreende as profissões de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007).

Os cursos de Residências Multiprofissionais têm a qualificação de Pós-Graduação em nível de especialização Lato Sensu com ênfase pelo ensino em serviço, tendo como característica primordial o desenvolvimento de profissionais para atuação multiprofissional e interprofissional.

Por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, que tem a coordenação conjunta dos dois ministérios: Saúde e Educação. Tem a atribuição de acompanhar os processos de avaliação, supervisão e creditação dos programas de acordo com os princípios do SUS.

Em 2010 foi creditado o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) da UNIFESP no Campus Baixada Santista. O Programa teve como eixo transversal a Atenção à Saúde do indivíduo, da família e sua rede social e sete eixos perpendiculares (conforme as áreas profissionais descritas), compreendendo, ainda, as seguintes linhas do cuidado: Saúde do adulto e do idoso; Saúde da mulher e do recém-nascido; Saúde da criança e do adolescente; Saúde mental (incluindo drogadicção e violência) (UNIFESP, 2010).

O Programa de Residência em Rede de Atenção Psicossocial foi implantado em 2014 com primeira turma iniciando em março de 2015. Este programa tem o objetivo principal de formar profissionais sintonizados com as necessidades do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), de modo a prepará-los para a produção de novas respostas frente aos desafios cotidianos dos serviços da rede de atenção psicossocial. O PRMAP, através da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), foi construído em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS) para promover ações nos serviços da RAPS do município, em especial nos serviços territoriais e comunitários (UNIFESP, 2017).

A política de formação de nível superior até 1995, não fazia distinção para a modalidade de mestrado, na época se destinava a formação de docentes e pesquisadores, muito embora, algumas instituições qualificassem alguns profissionais que retornavam às atividades nos serviços. O acúmulo dessas experiências somado ao crescimento econômico que o país estava vivendo fizeram com que a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³ criasse a modalidade de Mestrado Profissional (MP). (HORTALE et al, 2009)

O Mestrado Profissional foi criado com o objetivo de qualificar profissionais para atuarem como formadores e indutores de processos de mudança em seus espaços de trabalho. Espera-se do profissional a incorporação de novos conceitos e práticas pela via da produção de conhecimento, visando atingir transformações sociais.

Do ponto de vista das políticas públicas, o Mestrado Profissional tem como finalidade a formação de recursos humanos para atuarem na gestão de instituições de saúde, tendo-se que, a gestão é um dos pontos centrais que movimenta a aplicação dos conhecimentos produzidos

-

³ Órgão do Ministério da Educação que atua na expansão, regulação e avaliação da pós-graduação *stricto sensu* no país.

visando às mudanças das formas de organização institucional e inovação dos processos de trabalho.

Nesse capítulo trouxemos as preocupações com a formação de recursos humanos para o setor público de saúde. As iniciativas tiveram como foco a aproximação da universidade com os serviços de saúde no intuito de sustentar a política de reorientação da formação profissional para o setor saúde, e muito se falou da articulação da academia com os serviços, com muita ênfase na atenção básica.

Porém, devemos ter a ideia que o SUS é compreendido como uma rede de atenção, que ao atuar como rede incorpora vários atores nas várias camadas que compõe sua política: nas instâncias dos processos decisórios e formulação da política, na elaboração do planejamento e na gestão da saúde. Assim sendo, podemos enxergar o SUS nas pequenas e mais longínquas questões, e no movimentar da rede o mais distante é atingido ou coberto pela política.

Destacamos essa questão para dizer que a Rede de Atenção à Saúde é composta por vários programas dentre eles está a Rede de Atenção Psicossocial. As inciativas apresentadas representam um esforço na consolidação, fortalecimento e conquistas para um SUS ampliado, e as questões do SUS são questões que tocam a Saúde Mental, sendo a formação uma delas.

4 SAÚDE MENTAL

a torneira seca (mais pior: a falta de sede)

a luz apagada (mais pior: o gosto do escuro)

a porta fechada (mais pior: a chave por dentro)

A liberdade como Problema, José Paulo Paes

Embora tenhamos tratado o SUS e a Saúde Mental em tópicos separados, os dois movimentos são contemporâneos e a saúde mental está inserida no âmbito das políticas de saúde do SUS. Se até então estivemos tratando da importância da formação profissional no e para o SUS, essa questão também está presente como desafío nos processos de construção e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dito isso, seria interessante pensarmos que o que sustenta toda uma organização institucional é seu arcabouço teórico que fundamenta uma prática, possibilitando, assim, a criação e defesa a um tipo de tratamento. Na saúde mental vimos ser justificada a necessidade de privação da liberdade como forma de tratamento.

Essa é uma questão presente nos dias atuais. Etemos visto como um velho movimento pendular em que forças de interesse econômico surgem imprimindo o seu modo privado de fazer saúde.

A Portaria nº 399.2 reforça as mudanças aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para a Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, a ser conduzida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD.

⁴ Portaria do Ministério da Saúde nº 399.2, de 28 de dezembro de 2017 prevê uma mudança na forma de repasse da modalidade fundo a fundo aos Estados com o redirecionamento dos recursos para ações e serviços fortalecendo as áreas de assistência farmacêutica e alta complexidade.

As novas diretrizes ferem os princípios estabelecidos na Lei 10.216/2001, por trazer o hospital psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas como serviços centrais da RAPS. Com isso a internação recrudesce enquanto resposta terapêutica.

As mudanças realizadas em 14 de dezembro de 2017 são grandes à PNSM, representando um retrocesso ao modelo hospitalocêntrico. No portal do Ministério da Saúde podemos encontrar o texto em que diz que é vetada a ampliação da capacidade instalada de leitos psiquiátricos [...], mais adiante completa: será ampliada a oferta de leitos hospitalares qualificados para a internação de pacientes.

Instituições e militantes, da Reforma Psiquiátrica, têm apontado a ambiguidade dessas formulações. Pois o que se tem, claramente, são recursos públicos sendo direcionados a hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, significando uma orientação contrária a forma de tratar em liberdade preconizada na Lei 10.216.

A diminuição dos investimentos para a rede de serviços de modalidade CAPS é uma forma de precarizar, ainda mais, o funcionamento dos serviços, para com isso justificar a desconstrução daquilo que se conquistou. O discurso usado é de que se está ampliando o acesso aos serviços, necessários a complexidade da questão.

A reforma psiquiátrica em andamento no Brasil desde 2001 tem como premissa a menor intervenção possível às pessoas com transtornos mentais, construindo a atenção de base comunitária e não a segregação em hospitais psiquiátricos ou manicomiais.

Diante desse quadro emergencial decidimos trazer uma breve descrição da história da loucura. Os registros que se tem são de que a possibilidade de transitar livremente foi possível antes do séc. XVIII, quando nos espaços públicos da cidade se viam cenas com seus paroxismos de paixões ou no seu comportamento sem freios. Não era raro encontrar loucos que circulavam pela cidade interagindo com os cidadãos, sendo protagonistas de comédias e tragédias.

Pouquíssimos casos, quando se tornavam violentos, eram excluídos do meio social. Nessa hora, o lugar reconhecido como terapêutico era a natureza, os passeios, as viagens, pois, acreditavam que poderiam restabelecer a lucidez, recuperar a verdade. A visão era de que a loucura estava ligada às quimeras da vida, então compreendidas dentro do "eixo verdade-erroconsciência" (Foucault, 1979).

Com o passar dos tempos e devido a grande circulação de dinheiro, pela expansão do comércio em virtude das grandes descobertas, foram se produzindo desigualdades significativas na sociedade. Com isso, grandes bolsões de pobreza foram surgindo, e manifestações e revoltas foram eclodindo constantemente.

Uma das respostas, do clero e da monarquia, foi o encobrimento de tudo que estava fora da esfera social. Na França, encaminhavam os doentes, loucos, devassos, prostitutas para o Hospital Geral. O século XVII é visto como a época da "A Grande Internação ou "Grande Enclausuramento," conduta essa que teve a tríplice função de exclusão, assistência e transformação espiritual.

Desta maneira, eram retiradas da vida social, apenas com o intuito de isolamento, as pessoas que davam mostras de não se enquadrarem à ordem social vigente, ou seja, de não conseguirem fazer parte do meio de produção, seja por incapacidade ou por circunstância. Assim, houve na Europa uma febre na criação de locais de internamento para toda a sorte de excluídos com o objetivo de "restruturação do espaço social". A internação era determinada pelas autoridades reais, religiosas e judiciárias, como dito acima, e não pela função médica (Foucault, 1979).

O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. (Foucault, 1987, p.).

Se à época renascentista o lugar de internamento do louco, junto com todos os outros desafortunados, "tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa" (Amarante, 2007, p.22), paulatinamente vamos ver este lugar se transformando de caráter filantrópico e assistencialista em uma instituição médica com "função de ordem social e política mais explicita" (ibidem)

Foi a partir da Revolução Francesa (1789-1799) sob o lema "liberdade, igualdade e fraternidade" que diversas transformações sociais, políticas e econômicas surgiram. Esse momento repercutiu para se repensar a democratização dos espaços, dentre eles, a organização hospitalar.

É importante frisar que sintonizados pelas ideias revolucionárias de liberdade, igualdade e fraternidade e pela ruptura do conhecimento ligado à Teologia, a ciência buscou caminhos mais estruturados e práticos.

Vemos, portanto, o hospital transitar da função de filantropia e de assistência para uma instituição médica. O hospital se transforma num espaço "como instrumento de cura...um instrumento terapêutico" (Foucault, 1979), local para tratamento de enfermos e para a concepção de um saber sobre as doenças. A busca da verdade e a prova da doença muda de rumo; passa a ocupar os espaços de laboratórios.

No final do século XVIII o corpo humano passa a ser visto como um microcorpo, isso implica dizer que houve uma mudança significativa na maneira de olhar a doença, ela passa a ser um objeto abstrato e a pessoa que vive a experiência da doença é colocada em parênteses.

É dentro dessa perspectiva que surge o novo lugar destinado ao tratamento do louco. Essa mudança cria novos dispositivos teóricos e práticos a fim de que se possa reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões pelo tratamento da ordem e da disciplina. Neste lugar (hospital), começa a se estruturar uma relação forte de poder e dominação do médico com relação ao seu doente. E na medida em que esse saber-poder se especializa, ser louco e o lugar de tratamento ficam indissociáveis.

Diz Foucault (1987) que a loucura entra num tempo de silencio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem; e se se pode continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesmo. (p. 79)

Dessa maneira, o hospital se estruturou enquanto finalidade terapêutica em cima da internação. Este jeito de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, isolando-as do mundo externo, estava apoiado na crença de que desta forma conseguiriam protegê-las do ambiente conflituoso. Além de que necessitavam observar como a doença se manifestava, podendo assim, aplicar as medidas morais e disciplinares de tratamento.

Por conseguinte, os novos dispositivos institucionais apoiados na visão epistemológica da loucura fazem nascer a figura do louco como sujeito destituído de razão, vontade perturbada e paixão pervertida. É o começo do tratamento moral, da exclusão enquanto forma de tratamento proposto por Pinel na Franca, por Tuke na Inglaterra, e por Wagnitz e Riel na Alemanha. (Foucault, 1987)

No Brasil o Hospício Pedro II inaugurado em 1852 seguia as mesmas condutas empregadas por Pinel e Esquirol, na França.

Optamos por trazer pequenos fragmentos de dois livros Cemitério dos Vivos de Lima Barreto (1920) e Holocausto Brasileiro de Daniela Arbex (2013) que traduzem como foi essa experiência, no Brasil.

O Cemitério dos Vivos é a narrativa da vida de Vicente Mascarenhas, funcionário público frustrado, cuja vida infeliz conduz à depressão, ao alcoolismo levando-o ao internamento. Embora seja um conto ficcional, sabemos que Lima Barreto foi internado duas vezes no hospício, em ambas por uso de etílico, com delírios e alucinações. Em uma entrevista ao jornal A Folha com matéria intitulada "Lima Barreto no Hospício", arrematou: "Leia O cemitério dos vivos". Trazemos então:

O hospício é bem construído e, pelo tempo em que o edificaram, com bem acentuados cuidados higiênicos. As salas são claras, os quartos amplos, de acordo com a sua capacidade e destino, tudo bem arejado, com o ar azul dessa linda enseada de Botafogo que nos consola na sua imarcescível beleza, quando a olhamos levemente enrugada pelo terral, através das grades do manicômio, quando amanhecemos lembrando que não sabemos sonhar mais... Lá entra por ela adentro uma falua, com velas enfunadas e sem violentar; e na rua embaixo passam moças em traje de banho, com as suas bacias a desenharem-se nítidas no calção, até agora inúteis.

A expropriação da vida, um isolamento que parece castigo, tortura, pois se enjaula com vista para uma paisagem que não alcanço, da qual não faço parte. E com o tempo deixa-se até mesmo de olhar porque se torna inútil querer acompanhar essa vida lá fora, que se torna desprovida de sentido.

E o mecanismo de expropriação se dá por um conjunto de dispositivos de anulação do sujeito:

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante [...]. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda nossa pobreza e miséria.

Para comentar sobre essa passagem, acima, trazemos Primo Levi (2013) que como ninguém traz uma narrativa pulsante sobre o que é expropriação da vida:

Imagine-se agora um homem ao qual, juntamente com as pessoas amadas, tiram a casa, os hábitos, a roupa, enfim tudo, literalmente tudo quanto possui: será um homem vazio, reduzido ao sofrimento e à carência, esquecido da dignidade e bom senso, pois acontece facilmente, a quem tudo perdeu, perder-se a si próprio; reduzido a tal ponto, que outros poderão sem problemas de consciência decidir da sua vida ou da sua morte

para além de qualquer sentido de afinidade humana; no caso mais optimista, na base de mera avaliação de utilidade. (p. 355)

A separação do contexto de vida: abandono de projetos, de uma língua, de parentes vivos, dos antepassados, de uma história. Tal façanha tem o intuito de corroer a potência - do corpo, torná-lo inacessível ao mundo que o sustenta.

Esse aniquilamento significa dissolução de referências, certezas construídas no percurso pessoal de cada um. O que possibilita a dominação dos corpos.

Não é fácil olhar as fotos que compõem o livro Holocausto Brasileiro. São imagens de um agrupamento de pessoas amontoadas, espremidas, à toa, sem ligação com nada que as rodeiam, numa expressão de fragilidade e docilidade impressionante.

E ao olharmos essas fotos uma inquietação em forma de pergunta vem: por quê não se rebelam? São a maioria. O Primo Levi nos responde: "[...] acontece facilmente, a quem tudo perdeu, perder-se a si próprio; reduzido a tal ponto, que outros poderão sem problemas de consciência decidir da sua vida ou da sua morte [...]"

O livro Holocausto Brasileiro denuncia a morte de mais de 60 mil internos no maior manicômio do Brasil, ao longo do século XX. Fundado em 1903 pelo Governo de Minas Gerais (MG) o *Hospital Colônia* está localizado na cidade de Barbacena. Quando construído, o objetivo era atender pessoas em sofrimento psíquico, porém, diz Arbex (2013) que em 1914 já havia superlotação e, para a época, foram encontrados registros de pessoas internadas sem critério diagnóstico.

Aproximadamente setentas por cento das pessoas internadas não tinham diagnóstico de doença mental. O que revela o descaso do Estado por permitir que interesses políticos, financeiros e pessoais fossem maiores do que garantir o direito de liberdade das pessoas. E essa questão revela a conivência de muitos funcionários, médicos, políticos e também da população, que emudecidos deixaram com que se mantivesse por longos anos a violação dos direitos humanos mais básicos. Diz Eliane Brum que isso só se sustentou ou sustenta (estamos sempre ameaçados por bafejos anacrônicos de ideologias manicomiais) por anos a fio se a sociedade for omissa, se se der as costas para o que não se quer ver; contudo, uma atitude mais de descaso do que de indignação ou horror.

A narrativa é densa, e a leitura só foi possível de ser concluída aos poucos e, com muitas paradas, para aguentar entrar em contato com tantas atrocidades e descasos realizados à vida humana.

A população era composta de crianças, adolescentes, epiléticos, jovem engravidada pelo patrão, mulheres rebeldes ou qualquer um que caísse no desgosto de um poderoso, alcoólatras, prostitutas, esposas, para que o marido pudesse coabitar com a amante. É longa a lista com justificativas banais, como: homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos, ou simplesmente por timidez.

O tratamento era destinado a todos, mesmo que não tivesse indicação, devido a ausência de sintomas. Como no caso da Geralda grávida do patrão advogado, fora encaminhada por duas irmãs de caridade amigas da família. Ao chegar, Geralda se espanta com o lugar, com tudo ao seu redor. Não encontra justificativa plausível para o que vê acontecendo ali. E diz que mesmo grávida tomou "seu primeiro eletrochoque, para "amansar", disseram os guardas". (p. 149)

Neste livro, Arbex conta que muitos dos auxiliares não tinham nenhuma formação, isso é, iam aprendendo na medida da sua atuação. Como o tratamento era baseado na aplicação do eletrochoque as pessoas aprendiam fazendo. Então, era comum ter sessão com o intuito de aprendizagem, e se serviam dos corpos dos internos para aplicação. Conta que em alguns casos, o aprendiz por não ter o domínio da técnica aplicava uma descarga tão alta que a tensão na eletricidade se fazia sentir na cidade de Barbacena. Mas, o profissional tinha que ser qualificado, dessa forma, tiravam o corpo inerte da maca e colocavam outro.

Dissemos muitas vezes, nesse texto, que há uma correspondência entre um modo de produzir saúde e um saber que o sustenta. No caso do tratamento em hospitais psiquiátricos temos que refletir sobre que saber é esse que sustenta tanta aberração.

Passados, aproximadamente, sessenta anos desde sua fundação a primeira denúncia pública sobre o tratamento desumano oferecido aos internos do Hospital Colônia ocorreu em 1961, na reportagem, da revista O Cruzeiro, intitulada "A sucursal do inferno". Na época, o Colônia foi comparado aos campos de concentração nazistas, por ter por objetivo o extermínio. O impacto da notícia fez com que governantes e políticos se comprometessem em sanar essa situação. Contudo, passados alguns meses se manteve inalterada.

No dizer do Primo Levi, quando tiram do homem as pessoas amadas ou que lhe sejam significativas, a casa, a roupa, seus hábitos, o que pode restar senão um homem vazio, um espantalho, que será lançado à sorte do seu sofrimento e da sua carência; desaprendido de si mesmo, perde-se na imensidão do vazio, pela falta de sentido e ancoragem.

Se em algum momento da história da psiquiatria a internação foi pensada enquanto finalidade terapêutica, ela se perdeu como podemos constatar nas páginas deste e de inúmeros outros livros que trazem o registro-denúncia dessa modalidade de assistência.

Inquieta-nos pensar na morosidade das ações públicas em favor de pessoas mais vulneráveis. E vamos aprendendo, com isso, que o movimento instituinte cria ao redor de si um campo de força e conflitos por mexer em interesses que se alimentam daquela situação. Diante disso, ele avança muito lentamente. É por isso que vemos denúncias realizadas em 1961 e respostas às mudanças em 1979.

Minas não foi o único Estado que adotou essa forma de tratamento, outros Estados tinham, também, suas casas de horrores. Aquilo que acontecia em MG, a atmosfera de questionamentos, resistências e luta sobre a forma de cuidar isolando surgiam, também, nos vários cantos do país a cada dia.

O contexto político mundial foi muito propício. O período de pós Segunda Guerra possibilitou olhar para as instituições estabelecidas de forma crítica. Foi um período em que observamos a inflexão ao saber psiquiátrico e, a urgência na transformação da assistência pela crítica aos hospitais psiquiátricos e sua prática asilar. Com isso, diferentes arranjos à assistência das pessoas em sofrimento psíquico, foram criados como: a desinstitucionalização norteamericana, e a política de setor na França.

O movimento ganha força na Europa ao longo dos anos, e na medida em que as experiências se mostram eficientes, como um efeito de cadeia comunicante outras experiências foram surgindo: A Psicoterapia Institucional (anos 40) e a Psiquiatria de Setor (anos 60) na França; a Comunidade Terapêutica (anos 50) na Inglaterra; a Psiquiatria Comunitária (anos 50) nos EUA; a Antipsiquiatria (anos 60) na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática Italiana (anos 70).

Esse conjunto de experiências buscou a transformação numa ruptura ao axioma "alienação mental", a nosografia clássica psiquiátrica, a intervenção com base no tratamento moral, o Asilo como dispositivo institucional, a centralidade no profissional médico.

Dessas experiências, a Psiquiatria Democrática Italiana foi a que mais influenciou e fortaleceu o movimento social e político da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, no Brasil, traz um desafio para a superação do modelo de atenção na lógica manicomial que estava (e está) fundamentada na segregação socioafetiva da pessoa em sofrimento psíquico. As mudanças são esperadas não somente ao nível administrativo e estrutural, mas, principalmente, no modo de saber-fazer saúde.

Acolhidas no Movimento de Reforma Sanitária as propostas de reorganização da assistência em saúde mental, tiveram início em fins dos anos 70, no amplo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) contra a mercantilização da loucura.

É no processo de democratização do país associado ao movimento de Reforma Sanitária, no final dos anos 80, que o panorama da assistência à saúde mental toma vulto e se consolida em diretrizes claras e específicas. Com a perspectiva de mudança inspirada na desinstitucionalização e nos princípios do SUS, propõe responsabilidades para as esferas municipal, estadual e federal visando a sustentabilidade da reforma.

Duas experiências, significativas, ocorreram no Estado de São Paulo no final dos anos 80. A primeira foi a construção do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís Cerqueira, na cidade de São Paulo criado em 1987. De início a proposta de hospital-dia estava inserida à rede extra-hospitalar. Desta forma, conjuminava a assistência ao usuário com o hospital psiquiátrico. Mas, mesmo assim, passou a representar uma forte influência na criação e transformação de muitos serviços. (Amarante, 1995, p.89)

A segunda foi em Santos em 1989, quando se tornaram públicas as denúncias de maustratos, violência e mortes ocorridas na Casa de Saúde Anchieta. Hospital psiquiátrico privado, que se destinava ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave e em fase aguda.

A situação era inegociável. Desta forma, a Prefeitura de Santos resolveu intervir. Após desembaraço com as questões legais impostas pelo Estado, a intervenção foi realizada pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde do Programa de Saúde Mental. A intervenção foi definida dentro da proposta da desinstitucionalização, vivida como processo, assim sintetizada:

a elaboração de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no intuito de enriquecer a existência global e concreta dos pacientes; a construção de estruturas externas que sejam totalmente substitutivas da internação no hospital psiquiátrico. (Nicácio, 1994)

O desafio estava lançado. A construção, paulatina, de uma rede que abarcasse as sucessivas transformações operadas no interior do manicômio era urgente. Essa mudança radical pedia a articulação com a comunidade e familiares para a aceitação ao novo modelo, como também, para a recepção de seu familiar em casa.

A construção desse cenário articulado e comprometido com a proposta da reforma psiquiátrica foi concomitante com a criação dos cinco Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS.

Serviços regionalizados e, com atendimento envolvendo diversas ações: hospitalidade integral, diurna e noturna, atendimento às situações de crise, ambulatório, atendimento domiciliar, atendimento grupal, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.

Essas experiências locais acrescidas da II Conferência Nacional de Saúde Mental e o compromisso assinado com a Declaração de Caracas, foram o esteio para a elaboração do Projeto de Lei 3657 encaminhada ao Senado em 1989. O Projeto de Lei visava a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistências, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária". Este projeto abriu as portas para o debate em vários pontos do país possibilitando a criação de leis estaduais e municipais.

Em abril de 2001 a Lei Federal 10.216 é aprovada e regula a matéria. Propõe o redirecionamento da assistência psiquiátrica para uma rede de serviços extra-hospitares e dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001b).

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, atualiza a portaria anterior e institui três modalidades de serviços CAPS I, II e III, de acordo com o porte/complexidade e baseado na referência populacional. Paulatinamente, outras portarias foram sendo lançadas buscando-se atender às necessidades reais das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Temos, hoje, além das modalidades de CAPS já citadas, os CAPS i (para crianças e adolescentes), AD (todas as faixas etárias para pessoas em sofrimento pelo uso de crack, álcool e outras drogas), ADIII (para adultos, adolescentes e crianças, baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente visa atender àqueles que necessitam de cuidados contínuos) (Brasil, 2013).

A criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programas de Inclusão Social pelo Trabalho, Centro de Convivências e Cultura e iniciativas de Saúde Mental na Atenção Básica (com destaque para o Programa Saúde da Família).

Visando a integralidade do cuidado esses serviços integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estabelecida pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 a RAPS é um dos eixos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010) no âmbito do SUS, que se consolida enquanto arranjos organizativos de serviços regionalizados, de diferentes densidades tecnológicas, que pela ação setorial e intersetorial busca promover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade e humanizada, visando à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2010)

A organização dos serviços em forma de RAPS é uma forma de ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, às urgências e emergências, garantindo os direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades derivado do uso de álcool e outras drogas ao atendimento integral no SUS.

Tem por finalidade promover cuidados em saúde principalmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e população indígena); prevenir o consumo e a dependência de crack e outras drogas; restringir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e promover mecanismos de educação permanente aos profissionais da saúde (Brasil, 2011).

A RAPS está estruturada a partir dos seguintes espaços promotores de atenção em saúde:

- Atenção básica em saúde que compreende: Unidade Básica de Saúde; Equipe de Atenção Básica para Populações Específicas; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- 2. Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial CAPS I, II, III, AD, ADIII, i.

- Atenção de urgência e emergência compreendidas: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.
- 4. Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- 5. Atenção hospitalar composta por: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- 6. Estratégias de desinstitucionalização formada por: Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa que se traduz por uma política de inclusão social que permite fortalecer o processo de desinstitucionalização, para pessoas oriundas de internações de longa permanência.
- Reabilitação psicossocial composto por projetos de geração de trabalho e renda;
 empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Os CAPS representam uma estratégia importante para a organização da Rede de Atenção Psicossocial, tanto no cuidado direto objetivando a inclusão social e a autonomia das pessoas, como na composição do cuidado em conjunto com outros serviços, visando à otimização de recursos existentes em outras redes, bem como nos territórios.

Assim, o CAPS move-se no território, vistos não somente na dimensão geográfica, mas como o lugar de pertencimento das pessoas, onde a vida pulsa nas variadas dimensões. Compreendido como um lugar rico de recursos escondidos que contribuem na efetiva reabilitação dos usuários.

Essa forma de operar, no território, vai se distanciando de suas matrizes burocráticas (uma reprodução da prática hospitalar/manicomial) para se configurar na produção de ações de saúde em ato.

Nessa perspectiva, o modelo assistencial proposto em forma de RAPS direcionado para serviços nas modalidades CAPS cria um conjunto de novas indagações, competências e responsabilidades para os vários atores envolvidos: gestores, usuários e profissionais. Exigindo desses atores uma postura crítica do "mundo manicomial" e do "compromisso da construção das práticas alternativas e substitutivas" (Merhy, 2004, p. 6).

Propõe mudanças na compreensão dos problemas e na concepção das respostas vistos para além dos sintomas. Com isso, novas maneiras de cuidado surgem e as relações se intensificam e se ampliam. Consequentemente, exigem mudanças nos processos de trabalho, nas formas de gestão e na dinâmica institucional provocando o incremento de políticas e programas públicos.

A Reforma Psiquiátrica e Sanitária traz nas suas proposições não somente a implantação de um modelo assistencial, mas, mudança paradigmática profunda o que requer um perfil profissional que esteja consonante com os princípios e diretrizes da reforma e a reorientação do modelo de atenção.

E para a sustentação da mudança paradigmática há necessidade da incorporação da complexidade sociocultural para que se possa instituir modelos de cuidados adequados a cada região do Brasil. Um outro ponto seria uma reflexão crítica sobre a esfera clínica que demanda avanços na elaboração de dispositivos teóricos e atuação prática considerando uma compreensão mais ampla da normativa psíquica, existencial e social das pessoas. Essa é uma visão rizomática do campo da saúde mental, que visa a extensividade da assistência a todas as pessoas, necessitando por esse motivo da incorporação de várias categorias profissionais como estratégia terapêutica. Esse tipo de discussão compreende o âmago da Reforma (Bezerra, 2007).

Por conseguinte, a formação de recursos humanos torna-se um assunto indispensável. Um dos entraves encontrados na formação dos profissionais tem sido o de não terem vivido os processos de luta política e ideológica quando do surgimento do movimento antimanicomial. E isso, de alguma maneira, incide na formação dos novos profissionais onde o discurso técnico é preponderante, e não há a dimensão política associada ao contexto da aprendizagem, o que compensaria essa lacuna vivencial.

A dimensão política associada a uma formação teórica e técnica sólida possibilita atuar de forma crítica e criativa a fim de atender aos desafios constantes do processo de transformação e sustentabilidade da Reforma. Isto implica na possibilidade de autorreflexão e reavaliação constante do impacto efetuado na própria subjetividade em decorrência do trabalho cotidiano nas práticas assistenciais, sendo este o único caminho capaz de reverter capciosos "manicômios mentais" que resistem à mudança (ibidem, 2007).

Salienta, ainda, que as novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis exercidos pelos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, a articulação entre estratégias de cuidado e de responsabilização ou interpelação da pessoa, são temas decisivos para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista.

4.1 SAÚDE MENTAL: UMA FORMAÇÃO POR VIR

Uma das quatro dimensões fundamentais na construção da Reforma Psiquiátrica, colocada por Amarante (1999) é o campo epistemológico ou teórico-conceitual que trata da produção de saberes. Essa dimensão está relacionada à desconstrução do arcabouço teórico da psiquiatria como as noções chave de doença mental, alienação, normalidade e anormalidade, etc. Não pressupõe somente um embate teórico entre instâncias divergentes, há a produção de novas noções e conceitos, buscando articular e dialogar com diferentes áreas de saber, numa tentativa de construir um novo paradigma da saúde mental (Yasui, 2003).

No início da Reforma Psiquiátrica as quatro dimensões (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural) foram traçadas como metas a serem alcançadas. Passados, aproximadamente, três décadas temos, hoje, uma condição mais consolidada da política de assistência à saúde mental com alguns avanços em muitas dessas áreas. O ideário reformista vem se difundindo nas áreas sociais, jurídicas e no campo universitário, ainda de forma mais tímida.

Há um grande consenso sobre a necessidade de superação dos entraves e limitações que, ainda, se impõem cotidianamente na Reforma Psiquiátrica, sejam de ordem gerencial, financeiros ou de recursos humanos. Em virtude disso, muitos serviços, de portas abertas, atuam numa linha muito próxima da prática asilar, não somente pela convivência pacífica com o hospital psiquiátrico, mas devido também à prática reiterada ou repetitiva desenvolvida no interior dos serviços.

Essa discussão nos aponta para o paradigma da reforma psiquiátrica no Brasil que é a desinstitucionalização. O caminho traçado visou à inclusão social e à garantia de que a assistência pudesse se dar para além do espaço institucional, atingindo todo o território das

pessoas. Essa medida foi tomada no momento crucial da implantação como um aspecto necessário para que pudesse ver instituído o projeto de assistência pensado para o país.

Por algum tempo foi uma forma de preservar as conquistas realizadas e alicerçar as diretrizes da Reforma. A maior necessidade era de expandir os limites da assistência, procurando com isso atingir outros estratos que mantinham a ideia de uma cultura manicomial.

Observa-se hoje que a questão tratada dessa forma não foi suficiente para imprimir uma mudança no cotidiano das instituições e na formação dos futuros profissionais de saúde. De acordo com Bezerra (2007) a formação precisa ter um arcabouço teórico muito sólido como também uma visão política para que se possa ter um profissional crítico e reflexivo com relação a sua prática.

4.1.1 Uma aposta à formação em serviço a partir do encontro.

A formação pode ser reconhecida a partir de outro lugar, sob outra perspectiva, convidando o aluno a experimentar, a criticar, a participar da experiência de ensinar e aprender. Formar é estar em formação, é produção, é produzir-se. Tal afirmação implica processos que se tornem imanentes e referentes às multiplicidades do encontro. Ou seja, a partir do encontro, estamos em produção, produção de diferentes formas de ser no mundo, diferentes formas de cuidar de si e do outro. O ato da formação convoca vários meios, não só o conhecimento racional e lógico. Convida também àquilo que está entre os sujeitos que participam do processo. Elementos que passam a ser produzidos durante o encontro e que não existiam, mas que incidem no processo pedagógico ou de cuidado e, muitas vezes, não encontram linguagem falada capaz de expressar o seu significado, mas que conferem sentido ao ato. Porém, quando se expressam como ideias, adquirem sempre uma dimensão polissêmica, habitadas por sentidos diferentes (Abrahão e Merhy, 2014).

Passos (2010) diz que o processo de formação implica em um acontecimento onde para que haja o devir formando haverá em contrapartida o devir formador. Se entrarmos nessa composição e viajarmos nos limites de suas bordas, poderemos colocar no papel de formador todo aquele que, de uma forma ou de outra, esteja no lugar, possível, de troca entre os sujeitos. Afinal, continuando com Passos, "a formação deve ser entendida como uma operação de

transversalização que se realiza na zona de vizinhança ou de indefinição entre os dois processos de subjetivação (a do formando e a do formador). " (p. 01)

Ninguém sai o mesmo depois que se abre para o encontro, seja com uma pessoa ou qualquer acontecimento da vida. Daí podemos entender que no encontro entre as pessoas haverá uma dissolução da 'integridade' de cada um que se coloca na relação do devir (abertura para a potência da criação), permitindo um borramento entre as fronteiras do que costumamos chamar de Eu.

Sabemos ser essa uma prerrogativa para o encontro que se coloca sempre em construção, no movimento do devir. No entanto, entendemos ser difícil de ser vivenciado. Pois estamos muito presos aos nossos papéis sociais. Ficamos seguros com as proteções egóicas, e nos sentimos muito ameaçados à possibilidade de nos relacionarmos sem esse e outros anteparos.

Embora se saiba que para que haja uma disruptura dos papéis sociais cristalizados esse seria um dos caminhos.

Cara me é a ideia de que poderíamos estar inteiros, entregues para e na relação com a vida, para a qual manteríamos uma abertura para incluir todos de qualquer raça e grau de desorganização psíquica.

Penso que a formação, em serviço, ao caminhar por essas veredas do partilhar o espaço coabitado dos serviços, possa adentrar por esses espaços criativos de relação. A importância de estar junto se liga ao fazermos dos encontros dos corpos um acontecimento de pertença ao e no mundo. Não há possibilidade de conquistarmos tal façanha se a ideia que tenho é de calar, diminuir, não possibilitar o espaço de apropriação do outro.

O que temos, muitas vezes, são respostas prontas em que a pessoa já ocupa um lugar antes mesmo que a relação se estabeleça. Preso numa redoma de prescrições o outro tem o movimento expressivo de seu corpo circunscrito a alternativas já esperadas, planejadas.

Aqui retornamos a um ponto desejável, o encontro entre as pessoas. Esse acontecimento, no CAPS, não deveria ser a expressão de meras formalidades dos papéis apoiados no "pressuposto de que primeiro é preciso saber para depois agir" (EUGÉNIO; FIADEIRO, s/d). Algo que Franco Basaglia (citado por ROTELLI, F. 2015) rompeu ao dizer

"eu não sei nada sobre a loucura, eu não sei nada sobre este homem ou sobre esta mulher que está à minha frente"[...]. (p. 37)

Desestabilizar as certezas interrompe o jogo das imagens desiguais. Possibilidade de se desconhecer, se entrelaçar no vivido, tanto quanto ao outro à nossa frente o que permite vislumbrar que o verdadeiro lugar da originalidade "não é nem o outro nem eu", mas a própria relação.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Investigar e compreender o processo que possibilita o aprendizado a partir da experiência compartilhada entre os atores institucionais (estagiários, residentes, profissionais e usuários do CAPS).

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as potências e desafios da formação nas práticas vivenciadas no contexto institucional;
- Compreender a vivência de uma prática de estágio e residência, voltada para o contexto da saúde mental;
- Buscar compreender como se produziu, para os residentes e estagiários, a formação como experiência de si e do mundo;

6 MÉTODO

6.1 – Tipo de Estudo

Esta pesquisa se configura como uma investigação exploratória de abordagem qualitativa por se tratar de um tema que procura tocar a experiência vividas pelos estagiários e residentes num referido contexto institucional. A escolha por esse tipo de estudo foi de nos acercar daquilo que foi produzido nos sujeitos a partir da interação com o ambiente institucional.

Houve vários desafios, mas, um deles foi de debruçarmos sobre a investigação num campo onde sujeito e objeto fizeram parte do mesmo contexto; essa condição nos permitiu avançar na pesquisa de forma bruxuleante, onde cada passo foi sendo construído na medida do seu acontecimento e, muitas das vezes sendo refeito porque a vivência não cabia naquilo pensado anteriormente. Esse tatear da pesquisa é angustiante, entretanto, produz mudanças, insights e um repensar sobre o próprio percurso do pesquisador, que vai se transformando tanto na produção da escrita, que a cada momento pedia para ser refeita, como no próprio conteúdo do pensamento. Diz Pelbart (2014) que Foucault trouxe para si a concepção de Nietzsche, Bataille e Blanchot sobre a escrita enquanto uma experiência de autotransformação:

Precisamente, uma concepção de experiência como uma metamorfose, uma transformação na relação com as coisas, com os outros, consigo mesmo, com a verdade.

A pesquisa é sempre um recorte porque não cabe nela tudo o que foi vivido, pensado, sentido. Foi isso que vivemos nessa pesquisa. Fizemos um recorte do muito que se viveu, e esse recorte está relacionado a algumas razões: o tempo para a pesquisa, por questões metodológicas, por uma pretensão mais modesta de abordar o tema, que de alguma forma faz ligação com todas as razões precedentes. E o mais importante das justificativas do delimitar o alcance desta pesquisa: ela não dá conta de trazer para uma esfera rígida, delimitada a experiência de formação vivida num período de um ano, o que trazemos são fragmentos do vivido, de algo que, possivelmente, já não somos mais, eles os sujeitos dessa pesquisa nem sua pesquisadora.

Convido-o, caro leitor, para que nos acompanhe no percurso escolhido. Esperamos ter escolhido o caminho que traduza todas as incertezas e lacunas com o qual foi feito este estudo,

porque acreditamos, piamente, que é a partir dessas condições que criamos a possibilidade para um determinado tipo de encontro.

6.2 Campo

O campo de pesquisa no qual este projeto se inseriu foi um CAPS III, localizado no município de Santos-SP. Santos foi fundada em 1546, localiza-se no litoral do Estado de São Paulo, a 77 km da capital. Encontramos no seu território o maior porto da América Latina, caracterizando-se como o município portuário sede da Região Metropolitana da Baixada Santista. A cidade possui uma economia baseada por transações comerciais do porto, turismo, pesca e comércio. Possui uma população urbana estimada em 419.400 habitantes (IBGE/2015).

A rede de serviços de saúde mental está composta por cinco Centros de Atenção Psicossocial III, um Serviço de Residência Terapêutica I, um Serviço de Residência Terapêutica II, uma Seção de Reabilitação Psicossocial, um Centro de Atenção ao Toxicodependente, um Centro de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas, uma Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente e três Seções Centro de Valorização da Criança (Site da Prefeitura Municipal de Santos-SP). A urgência psiquiátrica nos Prontossocorros visa atender as intercorrências psiquiátricas quando o munícipe não está inserido em algum CAPS ou após o horário de funcionamento ao público e finais de semana. Sendo logo em seguida encaminhado para o serviço de referência territorial do cidadão.

A Coordenadoria de Saúde Mental de Santos (COSMENTAL) está vinculada ao Departamento de Atendimento Ambulatorial Especializado (DEAESP), tem sob sua responsabilidade unidades de saúde voltadas ao atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais, os mais variados, desenvolvendo atividades de prevenção, ações de tratamento e projetos de reabilitação psicossocial.

6.3 Local da Pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial III – Praia (CAPS – Praia), está localizado numa área com, aproximadamente, 144 mil pessoas, cujos perfis socioeconômicos são variados. Nossa observação baseia-se por localização de moradia e características domiciliares. Nessa área encontramos desde alto padrão de moradia na orla da Praia a habitações populares, compreendendo no seu território área de expansão urbana: Caruara e Monte Cabrão, região continental, com características sócio-urbanitária diferenciadas da região da orla.

O CAPS – Praia, fundado em 1992, é um dos cinco serviços regionalizados nessa modalidade na cidade de Santos-SP. Atende a população da região leste da cidade que corresponde aos bairros: Boqueirão, Embaré, Aparecida, Ponta da Praia, Estuário Caruara e Monte Cabrão.

Desde sua fundação já fixou endereço em três regiões diferentes. Em nem uma delas o local foi apropriado para esse tipo de serviço; são casas que na melhor das adequações ficam sempre com uma inconformidade que se manifesta no dia a dia do serviço. Nesta última, a casa tem dois pavimentos; no andar térreo estão uma grande área coberta que se oferece como sala de espera e encontros, recepção, dispensário de medicamentos, três consultórios, sala de grupo, sala para oficinas abertas e convivência, copa e uma piscina sem uso adequado, mas, ladeada por um jardim onde os usuários fazem suas refeições. No andar superior encontram-se dois dormitórios com três camas cada, estão desenhados como acomodação masculina e feminina, não obstante, flexível às necessidades: cinco mulheres já ficaram em acolhimento integral. Neste andar tem uma sala de reunião, administração e o posto de enfermagem.

A equipe multiprofissional é composta por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, acompanhante terapêutico.

A lógica do trabalho a ser desenvolvido no CAPS requer uma rede de serviços que possibilite aos profissionais um trabalho de mão dupla; que preste assistência ou identifique uma pessoa em sofrimento em qualquer ponto do sistema. Desta forma, garantiremos a integralidade do cuidado, não usando um paradigma reducionista de problema-solução.

6.4 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram cinco estagiários do curso de Psicologia da Unifesp – Campus Baixada Santista, ano 2015 e 2016 e três residentes do Programa de Residência da Rede de Atenção Psicossocial, ingressos em 2015.

6.5 Estratégia de Grupo

Tivemos como um dos caminhos a análise dos registros já produzidos (relatórios de estágio e fechamento do primeiro ano da Residência) e o grupo focal.

A leitura dos relatórios, realizada em vários momentos da pesquisa, revelou a cada nova leitura um detalhe não visto na anterior. E tal qual a observação a uma constelação no infinito universo, que vai se dando a conhecer aos poucos, assim foi sendo construída nossa compreensão sobre este material. Supomos a necessidade do grupo focal após as primeiras leituras, o que não se mostrou uma decisão equivocada. Contudo, relendo (e essa releitura é constante na elaboração da pesquisa, sendo um ir e vir incessante) o material destacado, nos deparamos com uma riqueza ímpar, que por si só já bastava. Como somos agregadoras, esse material está na análise e não foi tratado de forma separada do material produzido no grupo focal. Eles se misturam na análise, mas, mantivemos uma distinção ao final de cada citação com a seguinte insígnia: estagiário (E), residente (R), grupo focal (Gf) e relatório (Re). Ao final de cada fragmento iremos identificar dessa forma: a citação quando for de um estagiário, retirado do grupo focal ficará (EGf nº) ou (ERenº) quando for trecho do relatório, e o número para assinalar cada participante. Quando for residente e o fragmento é de sua participação no grupo focal ficará – (RGfnº) ou (RRenº) para o fragmento retirado de relatório, seguindo o mesmo princípio já descrito acima.

O grupo focal é uma técnica de entrevista muito utilizada em pesquisas nas ciências sociais e campo da saúde. Encontramos uma miríade de definições de grupo focal. É definido como um reduzido grupo de pessoas discutindo em torno de um tema específico ou pode ser uma conversa com um grupo homogêneo de pessoas ligadas por um contexto comum que se debruçam para refletir sobre questões pertinentes as suas experiências tratadas na pesquisa. Pode ainda ser compreendido enquanto método qualitativo que pela sua dinâmica proporciona conhecer as percepções, crenças e interpretações dos participantes sobre o contexto comum.

Diz Bardour (2009) que qualquer discussão pode ser intitulada de grupo focal desde que se possa considerar alguns eventos essenciais que diferenciaria o GF de qualquer outra constituição grupal. Essas diferenças são ao mesmo tempo suas diretrizes:

- A interação e a comunicação entre os participantes devendo ser encorajada e cuidada.
- É uma estratégia que visa acessar os processos de constituição das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos e, se dá por um debate aberto e acessível a todos.

- O objetivo central é produzir informações aprofundadas sobre um tema específico sugerido pelo pesquisador, mas de familiaridade ou interesse dos participantes.
- É sugerido que a composição grupal seja homogênea pensando-se muito mais na similaridade de contextos de vida do que de atitudes. Esse critério contribui para que as pessoas compartilhem experiências semelhantes, e que se sintam à vontade para discutirem entre si, sem pressão ou censuras, deixando-as mais à vontade para se expressarem.
- Há, no entanto, a opção de se trabalhar com grupos heterogêneos que permitem levantar aspectos importantes que o grupo homogêneo não permite.
- Em geral, o grupo é composto de seis e dez participantes. No entanto, mais relevante que o número de participantes é propiciar que todos participem do debate; para isso, o papel do moderador é muito importante para fazer circular a palavra entre os integrantes, impedindo que uma ou duas pessoas dominem a discussão.

Estudos científicos têm utilizado como primeira e única escolha a técnica de grupos focais; embora a abordagem mista tem sido um recurso muito utilizado nas pesquisas, mesclando-o com entrevistas individuais, material escrito, questionários o que dá uma visão mais ampla do fenômeno pesquisado.

O grupo focal, quando consideradas suas diretrizes é uma estratégia na qual as informações podem se potencializar gerando novas concepções e problematizações para o tema em debate (IERVOLINO; PELICIONO, 2001). Trabalhando em volta de um tema, de uma proposta, essa técnica se aproxima, para nós, do grupo operativo no sentido em que tem como foco a construção de uma tarefa, onde os participantes compartilham pensamentos e conhecimentos procurando trabalhar e produzir como uma equipe de trabalho. De modo geral, cria-se um campo de escuta e troca entre os ouvintes no qual o depoimento dos outros repercute em mudanças de opinião, ampliação ou fundamentando melhor aquilo que se pensava.

No decorrer do grupo focal, desta pesquisa, ouvimos comentários sobre os efeitos que estavam sendo produzidos ali: de contorno, de produção de pensamento, do repensar as situações vividas. Esse clima dialético no qual os pensamentos vão aflorando e contaminando um ao outro vai tecendo uma rede de afetos, saberes de forma gradual propiciando que o contexto grupal se metamorfoseie ou se transforme pela interação das pessoas.

Em outros estudos a aplicação da técnica tem sido utilizada para investigar não somente o pensamento das pessoas sobre a experiência vivida, busca questionar o como e por que construíram aquele tipo de pensamento (DALLÁGNOL; TRENCH, 1999). Em situações como essa a técnica vai além do recorte que viemos tratando até agora, por conseguinte, busca suscitar uma reflexão crítica, nos participantes, sobre o pensamento que construíram daquela realidade vivida.

Os grupos focais têm uma ampla forma de abordagem a depender da disciplina científica na qual está fundamenta, do tipo de averiguação ou pesquisa, os recursos utilizados, o arcabouço do pesquisador, a análise dos dados. Portanto, como já dissemos, respeitando-se algumas diretrizes o grupo focal tem uma flexibilidade imensa de aplicabilidade em diferentes contextos, propiciando ao pesquisador a liberdade para adaptar, tomar emprestado e combinar com quaisquer das abordagens que estiver utilizando (BARDOUR, 2009).

Realizamos um grupo focal com duração aproximada de 1:58 h constituído por dois momentos: na primeira rodada versamos sobre a memória que temos de outras experiências de formação, na segunda nos conduzimos sobre o objetivo geral da pesquisa.

O grupo focal conferiu visibilidade à fala, às percepções e vivências do processo de formação dessas pessoas, acentuando pontos já vistos nos relatórios.

Estiveram presentes oito participantes: três residentes e cinco estagiários de psicologia. Uma, veio de São Paulo, outra de Guarulhos, os outros residiam em Santos. O diálogo aconteceu de forma colaborativa, revelando da realidade da formação os pontos fortes, as fragilidades e grandes desafios a serem enfrentados.

A reunião ocorreu na casa de uma amiga da pesquisadora. Para a escolha deste local ponderamos sobre vários aspectos: a reunião teria que ser à noite devido à restrição de horário para algumas delas em outros períodos. Sendo assim, o espaço privado não nos imporia controle de tempo tão rígido. Além disso, poderíamos ser acomodados numa ampla sala em volta de uma mesa, tendo a possibilidade de transitarmos pelo ambiente de forma mais descontraída. Após a tarefa concluída, convidamo-os para um jantar e, para isso, estar numa residência favorecia a realização de todas essas exigências.

6.6 - Análise de Dados

Os dados produzidos através do grupo focal e relatórios foram analisados pelo uso da técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo traz um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que visa obter, por meio de medidas objetivas e descrição sistemática do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos em relação às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Na análise de conteúdo, trabalha-se respeitando as fases de pré-análise, elaboração do material, e manuseio dos resultados. Na primeira fase procedemos pela organização do material, nos levando a fazer a escolha do material a ser analisado, formulação dos objetivos e construção de indicadores que se revelaram importantes para a análise dos dados.

Nesta fase, fizemos inicialmente a transcrição do grupo focal que possibilitou o primeiro contato com o material, e já foi sendo construído um mapa mental com os temas que mais reverberaram. Após esse momento, foram realizadas muitas outras leituras com o objetivo de ir refinando os temas que poderiam ser tratados na análise. Nesse segundo momento ultrapassamos o que se chama de "caos inicial" da primeira imersão nos dados, no momento da transcrição.

Tratamos a "constituição do corpus" como a segunda fase da análise quando se define o material a ser analisado. Nessa etapa a escolha do material foi sendo trabalhada com a aproximação de alguns campos teóricos, muito embora não tenha havido ainda uma definição precisa.

Na terceira fase a "formulação de hipóteses e objetivos", foi realizado um refinamento nas direções de análises das fases anteriores, com agrupamento dos temas pertinentes e definição de linha teórica a ser utilizada. Essa fase ocorreu em concomitância com a última etapa, procedendo-se com a numeração do material para subsequente análise.

A análise de conteúdo foi a abordagem metodológica apropriada para o material produzido no grupo focal e relatórios. Desta forma, nos permitiu encontrar as linhas de discussão que deram sustentação para se analisar o processo de formação experienciado pelas (o) participantes.

6.7 Considerações Éticas

Este projeto foi encaminhado à COFORM e à Plataforma Brasil, para parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo. Após aprovações, foi dado início a investigação da temática.

Os participantes tiveram seus nomes preservados, de modo a garantir a confidencialidade. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que

esclarece sobre os propósitos desse projeto, livrando-os de qualquer constrangimento, com relação à participação na pesquisa.

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, que são: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, revogada pela Resolução 466, de 12 de dezembro, de 2012(156, 157).

Os participantes também foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, de que se trata de um estudo regido por princípios éticos, no qual a informação coletada nessa pesquisa será confidencial, os nomes e dados dos participantes não serão informados quando os resultados desse estudo forem publicados. A participação foi voluntária e caso o participante selecionado sinta-se desconfortável para a participação, poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de ética da UNIFESP sob o número 58974216.4.0000.5505.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado dessa pesquisa se deu apoiada em dois recursos os Relatórios de final de estágio e de primeiro ano da residência e o grupo focal, dos quais extraímos trechos que ensejam essa discussão.

Vamos chamar esse momento da revisão do material de "Longe da árvore". Tomo emprestado o título do livro de Solomon (2013). Na introdução ele expõe sobre a construção da identidade vertical (família, etnia) e a horizontal que se caracteriza por um movimento de busca de construção da identidade fora ao contexto primário. Tomamos de empréstimo o título do livro e passamos a divagar sobre o percurso que as pessoas-estagiárias/residentes fizeram ao se distanciarem daquilo que as sustentaram por muito tempo. Embora saibamos que, elas e ele, já há muito tenham percorrido caminhos que pouco a pouco permitiram-lhes sair da proteção de frondosa copa e foram habitando outra e mais outra até chegarem aqui.

Este material é de uma riqueza ímpar, nas 226 páginas há registro fotográfico de atividades desenvolvidas em ambiente externo, como: passeios, visitas a museus, atividades artísticas na praia, participação na Luta Antimanicomial ou atividades na unidade.

Além disso, a narrativa revela um envolvimento com a vida das pessoas e a dinâmica da instituição de forma intensa. Uma inquietação com a emergência do novo, revisitações a si mesmos, seus alcances, suas concepções, seus afetos.

O que acessamos nesses relatórios foi a capacidade criativa dessas pessoasestagiários/residentes de se inventarem e inventarem o mundo. Eles revelam um olhar crítico sobre as contradições instituídas das práticas, de uma prática que deixa fora a imensa vida dos sujeitos; contudo, conseguem reconhecer os espaços institucionais organizadores do trabalho como: a reunião e o trabalho em equipe, as intervenções multidisciplinares. Arranjos institucionais que deram sustentação para que o vínculo pudesse ser construído, para que a vida profissional pudesse ser pensada, vivida.

Ao entrar em contato com esse material fomos tomadas por um desejo de ouvi-los **juntos**, uma conversa coletiva em que pudessem interagir e trocar o que viveram. Juntos é a palavra que pode traduzir essa experiência. Envolvidas por essa atmosfera decidimos propor o Grupo Focal.

Embora cada etapa (leitura dos Relatórios e GF) tenha se dado em tempos diferentes, elas se interligaram no momento do manuseio para a realização da análise. Compreendemos que o material produzido nos relatórios e GF são jeitos, formas diferentes de dizer sobre a experiência vivida que não se excluem, elas se avizinham e, só vieram a ampliar e enriquecer o trabalho de construção e composição dessa pesquisa.

Ainda nessa fase da análise fizemos uma aproximação com os objetivos propostos no projeto de pesquisa e nos deparamos com um desenho interessante. A nosso ver, dos objetivos levantados, o que mais encontramos ressonâncias foi com *as potências e desafios da formação nas práticas vivenciadas no contexto institucional.* Fazer essa costura entre as recolhas com aquilo pensado anteriormente (os objetivos), nos remeteu a uma visão panorâmica da pesquisa, nos fazendo ter um olhar avaliador do percurso traçado ao realizado. E ficamos contentes com o que nos fora ofertado.

Assim, exporemos, a seguir, os eixos temáticos já relatados na Análise de Conteúdo, que serão agora apresentados na seguinte sequência:

- 1. O serviço favorece ao estagiário e residente a vivência de uma prática voltada ao cuidado em liberdade, na saúde mental;
 - 2. Expectativas em iniciar uma nova etapa afloram temores, ansiedades;
 - 3. A prática vivenciada no espaço institucional revela potências e desafios da formação;
 - 4. Desafios potencializadores e ou inibidores do encontro.
 - 5. Enfrentando os desafios no cotidiano

7.1 O serviço favorece ao estagiário e residente a vivência de uma prática voltada ao cuidado em liberdade, na saúde mental.

Nesse sentido iniciaremos a discussão com um trecho que diz de uma certa disponibilidade interna para se desafiar, sair do "conforto" do conhecido e ir além. Além do que tem sido a vida até então. Novas fases, mudanças para uma vida nômade que pede instabilidades e incertezas. Que deixa aflorar a fragilidade, o medo.

Essa questão me lembra a discussão que Safra (2004, p. 24) faz sobre a experiência do ser humano no momento do seu nascimento, de ser um "exilado surpreendido, acolhido no abraço e no olhar de alguém para que um lugar se estabeleça e um iniciar-se possa acontecer".

[...] na verdade acho que eu saí da zona de conforto, porque desde que eu entrei na faculdade eu queria fazer pesquisa com rato e, também, eu não sabia por quê. Mas, era, também, porque eu estava na minha zona de conforto. Eu não precisaria conversar com muitas pessoas; ficaria lá na minha, porque eu tinha essa dificuldade. Os ratinhos, eu ficava com os ratinhos, a gente se dava bem. Mas, eu tinha muito interesse pela SM porque eu tive um namorado que era bipolar. (EGf8)

Sair da zona de conforto, se aventurar, se lançar ao mundo contando com sua própria potência, mas também ser acolhido no momento da sua aparição, em outro lugar. Se vive, nesses momentos, como se estivéssemos num "entre mundos", o que nos faz reviver sentimento de angústia muito ameaçador, pois ali um lugar de pertencimento ainda não foi criado; nesses momentos o acolhimento interinstitucional (serviço-escola) possibilitará com que trocas ativas e alertas aconteçam, possibilitando um novo arranjo interno entre os sentimentos e ideias. O apoio, principalmente, inicial é a condição *sine qua non* para que as pessoas se sintam alojadas; que encontrem um lugar naquele novo contexto: possibilitando que a experiência tenha um caráter de vitalidade, de potência de agir.

Mais adiante relata:

Fiquei com muito medo [...] de não conseguir. Desse primeiro encontro ser algo muito violento, de eu me assustar e não saber o que fazer. E ficar, enfim! Mas, eu quis me desafiar no sentido de: não, quero ver como é. Eu vi como era com rato. Mas, não parece ser bem assim que funciona, sabe? Assim, meu! Não, porque é diferente, porque você estudando você é você; não tem contato com a experiência de fato que é conversar com alguém que é esquizofrênico, enfim. (EGf8)

Uma inquietação de quem se lança num campo de possibilidades de si e do outro; esse trecho descreve o movimento de uma procura, uma procura que liga existência e ideias em busca de uma experiência que se lhe atribui como sendo fundamental; porque a ideia, inicial, tem muito desse atributo de nos fazer pensar que chegaremos a determinado lugar. Aos poucos vamos percebendo que ela tem uma riqueza: nos ajuda a criar mapas; mapas provisórios de um percurso que vai se dando na medida da sua construção.

Além disso, ela (a ideia) cria um efeito multiplicador no pensamento produzindo outras ideias rizomáticas: podendo se destacar e individualizar-se, ou, se prolongar numa ação. Ela se apresenta, portanto, como um processo. (Lapoujade, 2017)

Processo, aqui, de formação, que convoca vários meios, várias produções: não somente racional e lógico. Nos convida a participarmos de um processo e de sermos produzidos a partir do encontro.

Neste caso um processo que acompanhamos e vimos: a produção de si mesmo foi se dando no contato com o mundo em questão; aquela ideia da divisão entre o meu mundo e o do outro, pouco a pouco, foi cedendo lugar para uma intersecção entre o eu e o outro. Se deixando ir no fluxo imanente do encontro.

Não queremos passar a ideia de que o percurso da formação foi sem desassossego, sem desconforto. Deste modo, vale dar relevo ao fato de que a entrada do estagiário ou residente em campo é definida por etapas. Essas etapas são pensadas e não, necessariamente, tem que ser realizadas de forma rígida, há possibilidades de atalhos caso seja favorável. O percurso traçado tem o propósito de fazê-los conhecer a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS que potencializa o trabalho desenvolvido nos serviços. O itinerário começa nas visitações aos vários serviços que a compõe, visitas que podem acontecer em um dia ou mais dias para acompanharem a dinâmica do serviço ou para participar de uma intervenção pontual.

Após esse caminhar se dirigem para o serviço onde permanecerão durante o período da residência ou estágio. Nos primeiros dois a três meses cumprem, também, um certo desenho traçado anteriormente. Nesses meses acompanham o ritmo da unidade de saúde sem incumbências, embora possam atuar em parcerias com os profissionais. Deste modo, lhes são apresentadas, gradualmente, as diretrizes que fundamentam o trabalho desenvolvido.

Entendemos que entrar no movimento institucional, gradualmente, propicia criar uma aproximação mais espontânea e não muito defensiva. Neste último caso, os recursos utilizados como de atividades e intervenções, sem um real conhecimento da história e necessidade da pessoa em sofrimento, estão mais presentes.

Assim propor uma entrada no ambiente institucional de forma parcimoniosa é um cuidado com o estagiário e residente para que tenham um tempo na construção de si, no novo papel.

Winnicott (1983) usa o termo holding ao designar o ambiente que é capaz de dar sustentação nas várias fases do desenvolvimento do bebê, garantindo-lhe ir ampliando sua relação de dependência para uma posição mais autônoma, em relação à mãe. O ambiente tratado por Winnicott como um holding suficientemente bom compreende ao contorno estabelecido entre as pessoas e ambiente em interação, na garantia de uma "provisão ambiental" favorável ao desenvolvimento.

Um holding suficientemente bom sustenta a ousadia de ser, promovendo uma relação de reciprocidade.

O que abre campo para o genuíno encontro entre os corpos, com suas subjetividades e histórias, provocando atrito, sofrimento, dor e, também, satisfação; mas esse é o princípio da vida, é a condição que temos quando somos lançados ao mundo.

Bem retratado nessa fala:

A proximidade com o cotidiano do HD e de demais "entre-espaços" do cotidiano na unidade também enriqueceram nossa experiência a cada dia. Estarmos porosas a trocas e aprendizados e principalmente presentes com frequência na "ambiência", cozinha, espaços de uso da PRODESAN (empresa prestadora de serviços de limpeza da prefeitura) e enfermagem fizeram com que pudéssemos transitar entre as lacunas mistas do cuidado, que em momentos se fazem bem delimitadas pela rotina da unidade e outros borradas pela necessidade de união, flexibilidade e suporte dos integrantes da construção deste serviço, sejam eles "equipe" técnica, "equipe" de enfermagem, "equipe" da SENUTRI, "equipe" da PRODESAN, "usuários" em HD, "usuários" do ambulatório e médicos. (RRe 2-3)

Tendo-se essa relação de abertura com o mundo, como diz Spinosa (2016): o corpo estará apto a muitas coisas quando for capaz de perceber a multiplicidade de afetos provenientes da sua relação com a exterioridade. E é por essa exposição, necessária, ao mundo desde o nascimento, que o amadurecimento vai sendo conquistado e lhe retorna com maior potência de agir ou força de existir.

7.2 Expectativas em iniciar uma nova etapa afloram temores, ansiedades.

"O mundo despedaça as pessoas e, posteriormente, muitos se tornam fortes nos lugares partidos".

Hemingway em Adeus às armas.

A aproximação ao contexto real foi se dando aos poucos e a malha dos saberes e poderes ali constituídos foram se articulando e criando alianças. Num primeiro momento não se consegue enxergar aquilo que está sendo construído, mas a aproximação realizada aos poucos vai propiciando uma recomposição de si com as pessoas-ambiente.

Trago a inquietação de uma residente antes de estabelecer o contato com o serviço de saúde. Esses fragmentos trazem boas questões com as quais podemos dialogar:

Ao concluir a graduação em Psicologia, mais precisamente durante o processo de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso ¹, iniciou em mim um questionamento novo, mais ou menos assim: "Tendo a entender que a formação em geral dá conta de

produzir aberturas aos territórios e às vidas que os habitam. Será que o faz também em relação aos trabalhadores com quem encontramos nestes caminhos, ou tendemos a erguer barreiras contra eles? "², ou seja, será que aprendemos a nos abrir para produzir práticas comuns com quem não necessariamente pensa/trabalha do mesmo modo que nós?

Este questionamento passou a me compor, mas não estava mais tão presente na consciência quando iniciei as atividades práticas, no dia 17/03/2015, após duas semanas percorrendo diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Santos. (RRe1)

Mais adiante diz:

[...]deparei-me com uma equipe que, na minha avaliação, usava o espaço da reunião não apenas para combinar ações de trabalho, mas também para compartilhar dúvidas, reflexões e proposições sobre o processo de trabalho, angústias, discussões teóricas e ético-políticas... Essa experiência era diferente da fala que eu já ouvira em muitos momentos, de atores diferentes, ao longo da graduação, de que os trabalhadores que estão na "ponta" do SUS são tão tomados pelo cotidiano e pelo trabalho que acabam não olhando para/refletindo acerca das próprias práticas... Talvez em algumas situações isso aconteça, realmente, mas não me parecia ser a regra ali. (RRe1)

A questão que queremos tratar, incialmente, é de que ainda que existam estereótipos criados na área acadêmica que estão deslocados da prática de algumas equipes, existem também espaços de abertura que permitem manter as contradições abertas. E com isso serem dialogáveis.

Não podemos descartar que o mundo do trabalho em saúde é também bastante controverso: produz, muitas vezes, um cuidado que fere os princípios e diretrizes que fundamentam sua constituição. E que o meio acadêmico, pela necessidade de estabelecer relações com o cenário dos serviços pela via do estágio ou da residência, deve vivenciar muitos desses processos que fundamentam sua visão. No entanto, o que não pode ser esquecido nesse caminhar é que o vivenciado traz a marca de um período, de uma situação, e não o fundamento para uma verdade. Como bem mostra o segundo fragmento, exposto acima.

Portanto, seria interessante tentarmos construir uma relação (serviços e universidades) que pudesse propiciar um espaço aberto de acolhida e sustentação às novas experiências para quem adentre os serviços. Para que os estagiários e residentes possam rever seus próprios valores, mexer com os preconceitos estabelecidos ao longo da formação. Porque, acreditamos que toda nova experiência nos coloca frente a uma revisão de nós mesmos.

A segunda questão que esse fragmento traz é de como compor um trabalho comum preservando as próprias concepções. Questão que abordaremos a seguir.

7.3 A prática vivenciada no espaço institucional revela potências e desafios da formação.

O diálogo tem sido uma ferramenta utilizada tanto à composição do trabalho comum, como para a própria organização da equipe de trabalho. E a construção desse campo de conversação tem sido um desafio grande. Como podemos constatar neste outro fragmento:

A perspectiva inicial, de buscar reanimar o senso coletivo, o empoderamento, a concepção de construção de espaço de cuidado de responsabilidade de todos e principalmente a cidadania, correu em uma montanha russa de afetos e afetações que trouxeram a dinamicidade da coletivização à tona sem pedir tanta licença... a intimidade do espaço fazia com que discutíssemos não só questões institucionais e organizacionais, mas também relacionais, trazendo a todos a responsabilização pelo coletivo que tentávamos reanimar. (RRe2/3)

Era muito evidente perceber que na maioria das vezes as discussões assumiam um caráter mais pessoal. Percebíamos, também, que havia várias questões que ora nos traziam desconfortos, ora nos traziam potencialidades, e que ao longo do ano forma vários os processos de se refletir as práticas, inclusive as práticas grupais por si só. (RRe 2/3)

Essa citação abre para outra discussão: mostra a força dos corpos no momento do encontro. E a entrada no mundo institucional não foi marcada pela submissão. Presume Winnicott (1990) que exista uma "criatividade potencial", que mesmo na primeira mamada o bebê tem uma contribuição pessoal. Essa questão se destaca por dizer que mesmo as residentes e estagiárias não tendo nenhum ou quase nenhum aporte de prática na saúde mental, são potencilizadoras de discussão e de composição de trabalho.

Diz Winnicott (1990) que o bebê é um "artista formativo de si" que busca a "aquisição de certos funcionamentos que ainda não existem". Os residentes e estagiários embora, no início, atuem muito dependentes da equipe, são orientados por concepções teóricas e de vida que trazem consigo. Mesmo porque ao adentrarem ao mundo institucional não deixam "fora" o que já construíram até então. Dessa forma, são capazes de irem criando processos segundo lhes convenham ou mesmo o que lhes seja possível. Reconhecer isso, pode lhes certo grau de satisfação:

Tenho a sensação de que estou conseguindo trabalhar e pensar COM essas pessoas, e não apenas SOBRE elas, e essa ideia me é muito cara... (RRe1)

Em outro momento ela diz:

Um dos sentimentos mais frequentes e bons de sentir é o de pertencimento a um grupo... sinto-me acolhida e parte de uma equipe, mesmo tendo chegado a menos de 4 meses e sabendo que irei embora em pouco mais de seis meses. Não é estranho,

isso? Tenho medo de que desse lugar não consiga enxergar muitas coisas, [...] (RRe1)

No início deste eixo apresentamos um fragmento dessa mesma residente falando da preocupação de como seria compor um trabalho preservando aquilo que se defende; nesses dois últimos fragmentos poderíamos acessar essa mesma preocupação formulada de outra forma.

Pois bem, essa ideia trazida reiteradamente nos faz pararmos para refletir um pouco mais sobre ela. Vemos que se nos apresentam duas aberturas para discussão: a primeira é sobre estar integrada a uma equipe de trabalho, o que comentaremos mais adiante; a segunda, é sobre uma mensagem que aparece sempre articulada a essa ideia de satisfação de fazer parte de uma equipe, e que se apresenta como uma inquietação por estar associada a perda da integridade na convivência com o outro.

Esse ponto é de riqueza ímpar, traz a discussão de um "conservar-se", de um fechar-se em si como forma de preservar sua essência. A vontade de conservação está relacionada a uma atitude narcísica, de sustentação de uma autoimagem que atribui ser-lhe suficiente. Dessa forma, tenta preservar-se do mundo como forma de manter a constituição de si sem ser delapidada.

A vida não quer equilíbrio, não pede preservação do eu. Um corpo ativo é um corpo em relação, diz Espinosa (2016). Não é um corpo insensível ao mundo, que se furta a inexorabilidade das causas exteriores. O conservar-se restringe a capacidade do corpo a ser afetado, dessa forma sua visão de mundo torna-se restrita e unilateral.

Diz Deleuze (2017, p. 291) que o homem que devém racional, forte e livre, começa por fazer tudo aquilo que está em seu poder para experimentar paixões alegres. Somos a todo momento afetados pelo mundo, desde suas mais sutis manifestações. E quando estamos receptivos não escolhemos, antecipadamente, que tipo de relação nos convém ou não. É a partir desse processo, reiteradamente, de contato com o mundo que vamos aprendendo a delir do acaso dos encontros e, do encadeamento das paixões tristes, nos organizando, procurando estabelecer relações que compõem ou combinam conosco, de forma a sermos afetados pela alegria; nos modificando e ao mesmo tempo aumentando nossa capacidade de sermos, de novo, afetados. Nesse enredar-se vamos compondo relações racionais com as pessoas.

É nessa atmosfera das afecções que discutiremos sobre o sentir-se parte de uma equipe podendo compor processos de trabalho sem que resulte na perda das diferenças.

Entendemos que sentir-se inserido, fazendo parte de uma equipe é um esforço coletivo que requer tempo. Um tempo para que se possa ir tecendo, alinhavando, ajustando a entrada de cada novo membro. Um trabalho que requer esforço, entrega e acolhimento dos envolvidos.

Como veremos, também, aqui nesse relato:

A importância da possibilidade de fazer parte desta construção é sem dúvida de que este foi um marco em nosso processo de formação enquanto residentes, profissionais, militantes e cidadãs. (Co) produzir um espaço de mínimos degraus, onde todos tentam se alcançar para que os olhares se cruzem numa mesma altura, com trocas de potências, conhecimentos, diálogos e construções entrelaçadas para alcançar com mais força o objetivo de vivenciar espaços de maior equidade e respeito dentro de nossa sociedade será sempre um farol ajudando a nortear processos futuros caminhando nesta mesma direção. (RRe2-3)

O que vimos desse processo foi que quanto mais houver a sensação de apoio, de tempo para as relações se estabelecerem tanto maior será o sentimento de continuidade e de pertencimento ao ambiente. É a partir dessa esfera constituída que a potência de agir dos sujeitos aumenta, emergindo a espontaneidade para criar o mundo a sua maneira. Como diz Winnicott (1990, p. 130) o mundo é criado de novo por cada ser humano que começa o seu trabalho, no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Embora, diz mais adiante, o ser humano tenha, mais tarde, a compreensão intelectual de que o mundo é anterior a sua existência, ele ainda guardará o sentimento de criação do mundo a partir de si.

Acreditamos que esteja explícito nos relatos, até o momento já apresentado, que essa experiência foi vivida de forma dialogada, e a partir desse cenário dialógico construído foi repensado o campo das práticas pelos atores em cena. No entanto, queremos trazer uma questão que não está dita nos fragmentos, mas que já foi muito ouvida em processos de formação em outras experiências, e que achamos pertinente trazermos aqui.

Se trata desse entendimento interno, dito acima por Winnicott, de que o ser humano guarda para si a ideia, por mais tênue que seja, de que a criação do mundo se dá a partir de si. Essa ideia traz um sentimento de poder e não de potência. As transformações operadas em qualquer ambiente estão relacionadas com a capacidade de cada um de poder afetar e ser afetado. O que pode um corpo, diz Espinosa (2016: Livro II, prop. XII) está relacionado com os limites do seu poder de ser afetado. Talvez não percebamos, mas nossa potência de agir ou

nossa força de existir é inversamente proporcional à composição que fazemos com outros corpos, que tal qual uma ciranda vai se refazendo ao longo da vida.

Reproduzo um trecho do fragmento apresentado acima que aludi a essa questão:

[...]. Estarmos porosas à trocas e aprendizados e principalmente presentes com frequência na "ambiência[...]" (RRe 2-3)

Isso pôde ocorrer pelo espaço potencial de experimentação que fora criado, nos serviços. Ao meio facilitador que Winnicott chama de *holding*, como sendo o modo pelo qual o ambiente fornece sustentação adequada, exploração adequada ao bebê para que este possa descobrir em seu tempo e dentro da sua capacidade o mundo a sua volta.

A vivência de estar dentro de um serviço, com suas rotinas, dinâmicas e contradições acrescentou muito em minha formação, foi dentro do CAPS que me deparei com questões que eram apenas minhas e que aprendi a trabalhar, foi neste espaço de aprendizado que quebrei tabus, reformulando conceitos enraizados e construí novas perspectivas e sentimentos sobre o que queria para mim. Esbarrei de frente com minha ansiedade, verdades e vergonhas e construí junto a elas uma nova transformação, foi meu sair do casulo. Um casulo onde eu me formei, transformei e criei asas para voar.

Posso dizer que a experiência me embasou para a teoria, embora não desconsidere a importância do estudo. Mas foi lá que obtive relações e contatos diretos, vivenciei angústia, criei vínculos, que me deram bases para diversos momentos de aprendizados teóricos. (ERe4)

Esse fragmento revela o quanto é importante o serviço oferecer um campo de sustentação (holding) para que o estagiário em formação possa desfrutar, e mais do que tudo sentir-se seguro para poder criar, se reinventar.

É pelo campo de experimentação que se torna ativo. Diz Sévérac (2009) que o aumento da sensibilidade afetiva do corpo e o aumento da potência de pensar da mente vão juntas: "o que uma mente pode conhecer é correlato ao que um corpo pode experimentar".

Foi muito rico experimentar o sentimento de responsabilização, o delineamento conjunto de caminhos e propostas de cuidado (que nem sempre eram aceitos, ou davam certo), a satisfação de perceber que alguma proposta foi frutífera, o sentimento de impotência que por vezes aparecia ao não saber qual seria o melhor caminho a seguir. (RRe1)

Quando os corpos são afetados, criam um efeito em nós (afetos) que repercute em aumento ou diminuição de potência de agir ou de existir. Essa vibração afetiva está relacionada aos bons ou maus encontros que vamos tendo na vida. Quando bons, somos tomados pela alegria e nossa potência de agir ou existir aumenta, se foi um mau encontro nossa vontade de potência diminui e buscamos a estagnação, retrocesso ou isolamento.

É a partir do encontro que podemos compor relações que aumentam nossa capacidade de agir. Um corpo pouco constituído pelos atravessamentos da vida (como o corpo de um bebê ou de uma pessoa que se isole do mundo) tem uma menor consciência de si, das coisas e de Deus⁵. Necessita do respaldo de alguém para que possa ir criando um corpo apto a lidar com a sincronicidade das imagens e a se relacionar com a multiplicidade de afetos (Spinosa, 2016: Ética V – Prop. 39).

É importante frisar que no bom ou mau encontro, há sempre uma dobra sobre si mesmo. Essa dobra podemos entender como um "voltar-se sobre si" para que o novo material afetivo, que chega pela experiência, possa ser processado com o todo ou partes do todo que carregamos das experiências passadas. E, assim, vamos nos atualizando.

Como já relatado, anteriormente, e como veremos a seguir:

Nossa primeira vivência dentro da unidade já fora uma "experiência estética" que, também, seria por si só uma previsão dos dias que estavam por vir e de toda potência de encontros que estaríamos por experienciar.

Logo pela manhã a acompanhante terapêutica nos convidou a acompanhá-la para uma visita domiciliar (VD). Sem entrar neste momento em maiores minúcias; mas o que ficou registrado é que foi um caso que representou muitas coisas. Pudemos ter um primeiro contato sobre uma visita que necessitou de um resgate (chamar o SAMU e polícia), sentir o pavor da família, bem como seu desconhecimento acerca do sofrimento mental, ver o "embotamento" e "isolamento social" de um jovem representado pela disposição do seu próprio quarto. Foi um dia intenso de vários primeiros contatos, inclusive de escuta com a mãe, pensar maneiras de cuidado com essa família, parceria com a equipe, entender e dialogar com toda uma rede inclusive intersetorial para além de significar este acontecimento em nosso primeiro dia de trabalho e de prática como residentes. (RRe2/3)⁶

O caso relatado traz um contexto de vida bastante adverso, que fora percebido como uma situação limite. Dessa forma, poderíamos pensar que foi, pela natureza da situação vinda de fora, o que lhes provocou uma experiência dessa natureza.

⁶ Este acontecimento foi nomeado pelas pessoas envolvidas como sendo de uma experiência estética. Muito embora, em todo o resto do material disponibilizado para a pesquisa não apareça nenhuma menção a experiência dessa natureza, essa ausência de significação se deu, para nós, por mera falta de manifestação das pessoas. Conseguimos identificar, em muitos dos relatos, experiências singulares, algumas delas apresentamos aqui; outras abordam, também, conteúdos que julgamos importante destacar em outros eixos temáticos.

-

Nos referimos a concepção de Deus no entendimento de Espinosa que o compreende como a única substância existente. Além disso, esse Deus é imanente e não transcendente como é para os cristãos; com isso Espinosa rompe com a ideia cristã e cria um sistema baseado no monismo natural. Para Espinosa, Deus é a própria natureza, com sua necessidade e potência. Tendo, dessa forma, sua própria potência de existir segundo sua essência. Dessa forma, tudo que existe, existe em Deus sendo por ele concebido e não criado. (SPINOZA, 2016, p. 12)

Pois bem, para que possamos atribuir um acontecimento ou situação como sendo de uma experiência estética ela não ocorre deslocada da vida da pessoa, não é um acontecimento autônomo. Ela está inserida no contexto vivencial dos seres humanos, e do qual se destaca por seu traço de *surpresa*, e de *suspense* vivenciados no percurso da atividade, acontecimento ou situação.

A surpresa traz um sentimento de realização e coloca a experiência singular num patamar acima das vivências rotineiras da vida. Já o suspense provoca o efeito de nos conduzir até a consumação da experiência desfrutando seu percurso, avançando na medida da sua revelação, sem vislumbramos o seu final. Pois somos tomados por certo assombro ou admiração diante da força impactante da situação.

Como podemos ler nesse fragmento:

E, eu lembro que teve uma experiência [...] eu acho que é muito importante falar aqui também. Que tem um conceito que todo mundo falava: a crise é relacional. Ah, porque a crise é relacional, e foi na última semana da Residência no CAPS. Eu já estava mudando de serviço em breve. Ah, a crise é relacional, né? Ah, sim, claro, entendo. Eu achava que tinha entendido, mas, eu fui fazer uma visita domiciliar com um Técnico de Enfermagem [...] E eu entendi o que era a tal crise relacional na conversa da paciente com a mãe. [...] eu comecei a perceber que ela estava delirante e, aí, eu comecei a perceber que; assim, eu vou falar do jeito que eu estou sentido sem muitas precisões teóricas. Porque parecia que a mãe dela estava dando a letra, assim: -Ah, será que esse vizinho não veio ver aqui alguma coisa? E ela estava persecutória com o vizinho; e eu: oh, como se ela estivesse, né? E elas ali brigando um pouco e eu percebia o quanto que aquela relação, ali, não era a Ana louca puramente. Tinha um jeito daquelas duas se relacionarem que de certa maneira enlouquecia Ana e que a mãe, também, ela, de certa maneira, em determinadas colocações, eu não me lembro exatamente, tinha um jeito dela fazer uma pontuação ou outra que de certa maneira instigava a persecutoriedade da Ana: - você vai me agredir (mãe dizia). [...]- porque ela está louca, porque ela vai me agredir. Mas, ela já tinha cantado a bola. (RGf1)

Esta residente chegou ao CAPS eufórica ao perceber a transformação, em si, de um aprendizado teórico numa experiência singular. Essa transformação foi possível em virtude de um dos fatores que queremos reforçar: que é o momento de reatualização entre as experiências passadas e a situação presente. Esse borramento entre os dois mundos (interno – externo) só é possível de ser realizado após a consumação da experiência.

Embora toda experiência se conduza para um resultado, a forma como se vive esse arremate é muito importante. Diz Dewey (2010, p.264) que não há uma ação de consumação se não houver acumulação progressiva de valores, isto é, se não houver essa mexida dos valores já internalizados das experiências passadas com a situação atual. É nesse momento do trançar das vivências passadas com a presente que se cria a ideia de seu caráter individualizante

e lhe confere um sentido de todo ou unidade. Esse processo só ocorre ao final da experiência quando o intelecto tenta organizar e entender o que lhe aconteceu.

Podemos ligar essa passagem aos dois fragmentos trazidos, das residentes. A elaboração do acontecido só foi possível, ao final, quando pararam para compor ou recompor a linha do acontecimento e puderam qualificar a experiência como de natureza singular.

Antes disso estamos imersos num fluxo de experiências rotineiras, e ao vivenciarmos uma modulação afetiva um pouco diferente esta se destaca das demais. A emoção, nesse sentido, cobre a experiência lhe dando o sentido de unidade entre as partes diversas e dispersas de uma experiência. Posteriormente, destacamos a experiência estética das demais por essa qualidade afetiva que a qualifica.

Desse modo, as pessoas envolvidas na situação têm que permanecer até o final, pois a emoção, presente na situação, necessita de um contexto interativo para se potencializar ou não.

Diz Dewey (2010,) que numa experiência que se possa dizer estética as pessoas deverão estar abertas e ativas para as permutas com o mundo, o que lhes promove vitalidade pelo trabalho árduo, do corpo e da mente, em busca de outro lugar de paragem. E assim indefinidamente.

7.4. Desafios que são potencializadores ou inibidores do encontro.

Chegar à unidade de saúde, se sentir acolhida e pertencendo a uma equipe, é um caminho a ser conquistado onde o tempo é peculiar a cada um. Como um relâmpago vemos pessoas se inserirem com muita rapidez, se jogando inteiras, de corpos abertos: chorando em situações familiares que toca a aspectos da sua; se perdendo nas relações por não ter, ainda, conseguido entender como lidar, como é melhor lidar com todos aqueles turbilhões de afetos. Outras vão muito devagar, mais tão devagar que só conseguimos ver, sentir sua entrada na dinâmica institucional quando um dia olhamos e nos surpreendemos de vê-la ali, como se sempre estivera. São lembranças caras que nos revelam superações muito grandes.

- [...] uma das belezas de trabalhar [...]na SM é de você viver escancaradamente o afeto.
- [...] no começo eu tinha medo, mas, porquê tinha medo? Sei lá! Porque tinha afeto: uma aproximação física, afetiva (EGf5)

Apontamos a angústia frente à vivência de algo novo, porém, vir para a saúde mental tem um adicional a mais que é chegar mais perto da loucura, ter uma proximidade, estabelecer uma conversa, buscar uma linguagem: - com que linguagem?

Tem uma passagem do livro de COTZEE (2003), Carta de Elizabeth, Lady Chandos a Francis Bacon, citado por Larrosa (2016, p. 101) que diz:

[...] uma conversação na qual o importante não é o que se diz (ou o que se faz ao dizer) e sim o que se quer dizer, não o poder das palavras e sim sua importância. Que isso não seja informação (nem possa sê-lo) não significa que não seja linguagem; ao contrário, isso que não se pode – e sim que se quer – dizer é precisamente o que se comunica implicitamente quando se fala [...] A conversa íntima é aquela na qual alguém participa não para informar de algo que outro sabe ou para fazer algo a outro, e sim para ouvir como soa o que outro diz, para escutar mais a música do que a letra, para saborear sua língua.

É interessante perceber as mudanças que foram se dando. Num primeiro momento precisava-se de um manual ou prontuário que facilitasse o contato, muito mais para um dos interlocutores do que para o outro, que estava com o corpo aberto. Ou viam-se pessoas que ofertaram tudo de si para estabelecer uma relação, usando da aptidão artística, em alguns casos, como forma de estar mais próxima, dialogar. Foram situações que, de início, víamos serem realizadas com certa dificuldade, pareciam mais um escudo, uma defesa; aos poucos fomos percebendo a riqueza das diferentes maneiras de poder estar, e com certeza estava sendo ofertado o melhor de si.

[...] eu me lembro[...] eu me aproximei e tive essa abertura de falar para ela: Olha! Meu medo é esse. Aí, nós tivemos vivências que me emocionei; teve uma reunião de equipe que aconteceu isso; tinha uma paciente que gritava na minha orelha, outro que babava na minha cara. Então, tem aquelas coisas que[...] ficaram na carne você não tinha como disfarçar. (EGf5)

Foi tateando, às vezes aberta, outras espantada para o encontro. Entrar em contato com o "ambiente da loucura" carregado de emoções: medo, insegurança, incerteza, podem provocar inúmeras reações.

Sabemos, sem sombra de dúvida, que a reação ao medo é efeito de um discurso difundido de que o louco é perigoso e fará mal. No entanto, a pessoa produzida por esse imaginário deve descobrir, por si mesma, sua relação com a loucura. A atitude para tal é refletir sobre como, de que maneira o "discurso biopolítico da loucura" foi se produzindo em si.

Eu tinha medo de tudo. No início, eu senti que fui muito fechada para os contatos, para os encontros por que eu sou um pouco tímida. E aí, eu fui vendo que não tinha como, que as pessoas vinculam muito fácil, as pessoas de lá. Então foi isso. (EGf8)

De alguma forma, o medo retratado na fala de alguns participantes dessa pesquisa esteve eivado de um imaginário em que a loucura é algo estranho e temeroso. Mas, ao mesmo tempo atraente.

A construção da ideia de periculosidade está associada à ideia de alienação mental, termo proposto por Pinel ao descrever as consequências que a loucura provoca nas pessoas.

Essa construção se deu a partir de alguns fatores: primeiro, a visão de Pinel em conceber a loucura como um distúrbio intelectual que levava a incapacidade de discernimento e ao exercício da razão. Segundo, tomado por essa concepção propôs o tratamento moral como medida de reestruturação da razão perdida e terceiro a necessidade de mantê-lo aprisionado para receber o "tratamento moral".

Consideramos que esses são os pilares da construção imaginária de periculosidade atribuída à pessoa em sofrimento psíquico, que sustenta a ideologia de que é preciso trancar para tratar.

A portaria n° 336/2005 que estabelece sobre novas formas de tratamento em lugares abertos, traz para perto, perto demais, alguns desassossegos da loucura, que na melhor das hipóteses nos garantem a possibilidade de transformarmos nossa relação com ela.

[...] é...hoje eu acho que não pensaria isso, não. (EGf5)

- [...] sabe que tenho uma curiosidade, saber de onde vem isso a ideia de medo, ela é criada, assim? De onde vem isso? (RGf3)
 [...] eu tinha medo de apanhar. Mas eu tinha mais medo de não conseguir dar conta, sabe? E de aparecer alguma coisa que eu não esperava. (EGf8)
 [...] a ideia da desrazão. O perigo dessas coisas ligadas ao descontrole. (P)
 [...] com meu ex-namorado [com diagnóstico de transtorno bipolar] eu não tinha medo, assim. [...] porque era uma pessoa próxima, né? Achava que ele não ia fazer mal. (EGf8)
 [...] hoje eu vejo isso. Hoje, eu não teria mais. (EGf8)
 [...] dizer eu nunca pensei nisso é mentira. (EGf5)
 [...] é uma construção histórica. (RGf1)
- [...] isso tem a ver com construção social mesmo. Eu tenho uma relação desde pequena muito forte com minha família; mas sempre foi uma coisa muito velada [...] nunca foi contado o que era, como era. E aí, quando eu vim para a faculdade que eu

vi que tinha toda essa visão, essa linha para a área da SM, porque eu sempre me interessei muito, né? E aí foi que eu descobri a história da minha família. Minha avó é esquizofrênica, minha vó se jogou no poço com duas filhas recém-nascidas quando ela surtou. Então, tem todo um histórico familiar, assim, de institucionalização dela, de abandono dos filhos que tudo isso foi muito velado, sabe? Ela depois saiu do hospital psiquiátrico foi morar no asilo [...] ela não precisava ficar presa e a gente via; eu passava os finais de semana no asilo com ela, colhia morangos, dançava. Era tudo tão normal e isso nunca foi contado, nunca foi falado. (Egf4)

Deixamos este trecho na íntegra e dele destacamos a palavra "medo" que transversaliza todas as falas. É bem verdade que o uso da palavra medo fora empregado em vários sentidos, mas aqui, vamos caminhar sobre o que é o medo no contexto da saúde mental, mais precisamente na possibilidade de se estabelecer o vínculo com o "louco".

Para Winnicott (1983) o medo é um afeto que surge como um efeito resultante das tensões desencadeadas no contexto vivencial do bebê. No início, o bebê está extremamente dependente só conseguindo existir em virtude dos cuidados maternos. À vista disso, no decorrer do amadurecimento emocional o medo emerge como uma defesa ligada às aflições de extrema vulnerabilidade do bebê nas vivencias às condições favoráveis ou desfavoráveis, do ambiente. Em sua tenra vida não tem estofo para entender o que a vida lhe afeta. Em virtude de um corpo pouco constituído pelos atravessamentos da vida a criança necessita do respaldo do adulto nessa trajetória para que possa ir se constituindo como unidade. É o adulto que na posição de *mãeestufa* (Pessanha, 2016) criará um ambiente restaurador e propiciador de familiarização do mundo.

Winnicott (1983) ressalta o potencial herdado como a base que impulsiona o bebê para o crescimento e para a vida. O componente hereditário é uma carga potencial que necessita de condições necessárias para se potencializar. Dessa maneira, é a partir da experimentação do mundo associado à sua natureza "herdada" que a criança vai ordenando, compreendendo, assimilando e internalizando os afetos vivenciados dos acontecimentos e construindo, assim, uma capacidade emocional e mental própria.

É a partir do acúmulo de experiências boas com as pessoas-mundo que o sentimento de confiança vai surgindo. Por conseguinte, a confiança é o resultado das vivências da criança no ambiente ofertados pelos pais ou por outros cuidadores (p. 107). Então, podemos dizer que a confiança, na medida em que se constrói no espaço de experimentação, é garantidora de abertura para novas experiências, como também condição para o estabelecimento de vínculos. Dito de outra forma, na medida em que a criança percebe que pode confiar na mãe-ambiente se lança ao campo de experimentações e com isso vai se transformando, crescendo nessa interação.

Essas vivências lhe proporcionam muitos desconfortos emocionais: como desilusão, raiva, ódio e medo. Porém, durante o processo de amadurecimento vai se constituindo uma imbrincada relação dos afetos com a capacidade intelectual fruto das experiências, podendo mais tarde, recordar-se de uma vivência ou associá-la a uma outra. Conforme Winnicott, o indivíduo apenas se comunica com um mundo auto inventado.

Sendo essa uma das mais difíceis tarefas humanas: "estabelecer uma relação harmoniosa entre as realidades pessoais internas e as realidades externas" (ibidem, p. 98).

Foi esse ajuste entre as realidades internas e externas que observamos nas falas dos participantes. Quando iniciaram a aproximação ao contexto da saúde mental traziam a ideia de que o louco era perigoso. Além de estarem amparados por esse imaginário, estavam se lançando num contexto desconhecido e com a demanda de uma tarefa muito nova.

A soma desses fatores foi provocadora de muita vulnerabilidade, possibilitando que sentimentos de medo e insegurança viessem à tona, como também fantasias de aniquilamento. Enfatizamos que o medo, na perspectiva Winnicottiana, é um fenômeno afetivo que tem uma carga defensiva muito grande. Sendo um sinalizador de como a pessoa está enfrentando a situação.

No entanto, o ambiente institucional proporcionou uma sustentação ou holding facilitando com que cada um pudesse viver sua experiência, e ao longo do tempo diante de aproximações sucessivas fizessem as ligações afetivas e mentais entre os dois mundos interno e externo. Como podemos ler nessa fala: [...] eu me lembro[...] eu me aproximei e tive essa abertura de falar para ela: Olha! Meu medo é esse. Aí, nós tivemos vivências que me emocionaram; teve uma reunião de equipe que aconteceu isso [...].

Garantido o holding foi possível construir uma relação de confiança com o ambiente da saúde mental a partir da experimentação. Amparados na confiabilidade adquirida, foram percebendo que podiam ter uma atitude mais aberta e de entrega para com aquelas pessoasambientes, sem que houvesse ameaças às suas integridades física e emocional. Como podemos ler nessa fala: "hoje, eu não teria mais (medo), como também nessa: [...] sabe que tenho uma curiosidade, saber de onde vem isso, a ideia de medo ela é criada, é assim? De onde vem isso?

Em Espinosa (2016, p.243) o medo e a esperança são dois afetos que imprimem uma relação "ao tempo de valência invertida" (Safatle, 2015, p.139): "a esperança é uma alegria

instável, surgida da ideia de uma coisa futura e passada, de cuja realização temos alguma dúvida. O medo é uma tristeza instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização temos alguma dúvida".

Até agora podemos dizer que a vinda das residentes e estagiários no contexto da saúde mental esteve carregada de muitos afetos: o medo e a esperança são os que queremos destacar. A esperança, embora não apareça explicitamente nas falas, estamos considerando-a apoiada na visão de Espinosa de que o medo e a esperança são isomórficos, são correspondestes e intercambiáveis.

No relato do Grupo Focal podemos vê-los subtendidos em várias passagens como: - eu precisava vir, como que faço Psicologia e ...; essa mesma pessoa diz da sua expectativa de medo de que lhe aconteça um mal, algo ruim...veio e foi bom para ela.

Vemos, dessa forma, que ambos os afetos são frutos de uma *superstição*. Reagimos não porque sabemos ou temos o conhecimento real do perigo a nossa volta ou da conquista a ser alcançada, mas porque estamos impregnados por um arcabouço de ideias, contratos, obrigações de como nos estabelecermos na sociedade e de cuja força não nos damos conta.

É a garantia de que a sociedade construa os seus pilares de contenção para os excessos das paixões e com isso o controle de corpos. O medo e a esperança são dois afetos que nos colocam impotentes diante da vida, nos retém, nos controlam e não nos deixam livres à experimentação de outros afetos decorrentes das relações que podemos estabelecer em tempo real.

O medo, portanto, é inibidor do encontro. É um afeto que sequestra a capacidade de agir e de se relacionar, limitando o circuito dos afetos. Se submetidos a essa condição vemos como natural o louco viver distante, separado, enclausurado.

Com base nisso estabelecemos aqueles que estão dentro e aqueles que estão fora do nosso convívio. Cria-se a ideia do louco enquanto estranho e como tal mero depositário de comportamentos desviantes e perigosos, justificando, assim, redomas que intensificam a diferença e o não pertencimento.

O que não acessamos, muitas vezes, é que todos somos estrangeiros na relação com o outro. Se não o conhecemos, ele também não nos conhece. Sabemos, no entanto, que essa

abertura ao encontro com o louco é um pouco mais difícil. De todas as estrangeirices uma das mais difíceis de se ter é a aproximação identitária com a loucura.

Nessa pesquisa ouvimos ou lemos os relatos das pessoas que tiveram a experiência muito próxima com pessoas em situação de sofrimento psíquico (como foi o caso da avó, do namorado, do tio) relatarem que não se sentiram, com isso, potencializadas, ou melhor, habilitadas, suficientemente, para atuarem, conviverem sem surpresas com as loucuras em um CAPS.

Essa é uma questão muito interessante. O louco familiar possibilita uma aproximação identitária devido à construção histórica e afetiva com ele no decorrer da convivência, muitas das vezes diária; convertendo-se assim, não num louco como os outros dos quais temos muito medo por não saber do que eles são capazes. Este eu sei como lidar: conheço suas manias, o que o entristece, o que lhe faz feliz. Ele me surpreende, me ensina.

O outro (louco) está no mar das outras estrangeirices que temos que lidar todos os dias. A relação com o louco, retirando-lhe toda a construção social, é uma possibilidade a ser conquistada e a ser construída como tudo que é novo em nossas vidas. Até o despertar de um novo dia.

Então, ao fazermos uma aproximação com a loucura, nos CAPS, não se trata mais de depositar em alguém distante, mas em ver, dialogar com seus conteúdos particulares. De reposicionar-se numa relação tête-à-tête onde as dificuldades de ambos emergem. A posição anterior, de observador distante e protegido dá lugar, agora, a corpos que se cruzam e reagem.

É no encontro entre as pessoas que surgem novas perspectivas. Deixamos de ter medo do outro quando passamos a ser motores de mudança. Quando nos permitimos, através dos encontros nos abrirmos para novas afecções, a superação do medo está na capacidade de as pessoas pensarem e entenderem como se constitui esse afeto dentro de si. E "a segurança real, potente, nasce dos bons encontros, não do isolamento". (Trindade, 2016)

A abertura para o encontro proporciona aos corpos estarem mais sensíveis ao serem afetados. É pelo encontro que nos tornamos potentes, cabe a nós iniciarmos a caminhada.

Diz Espinosa (Livro II) - somos apenas resultado do que nos acontece. Portanto, é pela via dos bons encontros que podemos aumentar a sensibilidade do corpo e aumentar a potência

de pensar da mente. Como já dito anteriormente: conhecer (a si mesmo, ao medo que opera em mim) é similar ao que um corpo pode experimentar.

E foi pela via da experimentação que a potência dos encontros foi fortemente revelada nas falas dos participantes. Por isso, escolhemos reunir algumas questões que nos ajudam a analisar este importante dado de pesquisa.

Quando se está aberto e vivo para o mundo, o que virá não é ominoso, "e sim uma promessa; cerca o presente com uma auréola. Consiste em possibilidades sentidas com a posse do que existe aqui e agora". (Dewey, 2010, p. 82)

Essa citação nos remete a um ponto importante da discussão deste trabalho e nos liga ao fragmento que traremos a seguir. A experiência relatada foi de uma natureza singular, questão já discutida acima. Todavia, trazemos uma parte dessa discussão, pois a experiência é um tema que está ligado a vida e neste fragmento ela se realça e não nos deixa margem para desconsiderá-la.

[...] a primeira experiência na primeira semana. Foi com essa mesma pessoa de quando eu cheguei estava em crise. No meu primeiro dia, lá, ela foi contida no leito que para mim foi superdificil de lidar com aquilo, porque eu já tinha ouvido falar e não gostava da ideia e ao mesmo entendia que ela estava numa condição ali que: puxou fio de luz, podia ter sofrido um acidente. Enfim! Então, o que eu tinha ouvido falar é que quando se contém alguém no leito tem que ficar alguém junto fazendo a continência; e foi uma coisa bem assim: nossa, foi o que eu ouvi que tem que fazer: ficar alguém junto. Meu, e não vai ficar ninguém? Eu olhei assim: - ah, então eu vou ficar junto. No primeiro dia, gente louca. Não sabia o que fazer. Eu sentei: - e aí, tudo bem? Eu sou a fulana, muito prazer; que coisa doida, não? (RGf1)

[...]. Foi, ótimo! E eu não sabia o que fazer: você quer ouvir música? Tem uma música. Eu pensei: será se eu tocar uma música ela vai ficar mais calma? Porque ela ficava tentando se soltar, e eu queria que ela se soltasse, mas, também, eu estava ali no primeiro dia. Ela se solta, e eu estou olhando não ia ficar legal para mim; eu: - pô, calma, espera um pouquinho, não se solta ainda não; era uma coisa que eu não sabia o que fazer, mas, enfim, tinha alguns princípios ali que eu achava que uma pessoa não devia ficar amarrada, sem que uma pessoa pudesse estar junta, mesmo que tivesse um objetivo terapêutico ali; a experiência é difícil de ficar ali; eu ficava me colocando no lugar dela.

Enfim, e foi uma pessoa, ali, que todo aquele ano [...] a gente fez muitas coisas juntas; e nessa mesma semana, eu estava fazendo uma triagem, um atendimento, ela entrou. Eu estava com uma echarpe vermelha alaranjada, ela entrou, puxou, jogou na piscina porque devia estar incomodando ela de alguma maneira. (RGf1)

[...] mas ela te avisou. (E5Gf)

[...] ela me avisou de que não gostava; ela avisou que era para eu tirar e eu não tirei e ela jogou na piscina. Então, que é muito isso: são experiências de afeto muito intensas.

Principalmente essas mais marcantes, acho que essas que foram mais marcantes foram as de melhores possibilidades terapêuticas

O futuro não é ominoso quando há abertura para se deixar afetar. Mas, essa abertura provoca desconforto: então, o que eu tinha ouvido falar é que quando se contém alguém no leito, tem que ficar alguém junto fazendo a continência[...]: nossa, foi o que eu ouvi que tem que fazer, ficar alguém junto. Meu, e não vai ficar ninguém?

O esforço gerado ou os conflitos vivenciados nessa experiência podem ser sentidos como algo inerente à própria experiência e, desta forma, consuma-se o que tem que ser vivido, ali naquela situação.

A experiência se altera dependendo da emoção que a acompanha, havendo, no entanto, pontos mais altos e mais baixos; vai se estruturando como se fosse uma onda.

No relato podemos perceber essa flutuação afetiva, que vai se intercalando: ora certa indignação mesclada com surpresa, ora uma tomada de posição. Isso só foi possível pela abertura, entrega da residente para vivenciar a situação. Diria que ela criou para si e para a "pessoa restrita ao leito" uma "zona de hospitalidade" (Pessanha, 2014) que podemos traduzir por espaço concreto de acolhimento.

Se fecharmos os olhos veremos o esforço de R1 em criar um ambiente em que pudesse amenizar o sofrimento ou desconforto que atribui à outra. Isso só é possível devido ao campo criado das afecções recebidas e das reações expressas, entre as duas: se eu tocar uma música ela vai ficar mais calma? Porque ela ficava tentando se soltar e eu queria que ela se soltasse, mas[...]- pô, calma, espera um pouquinho, não se solta ainda não[...]

O diálogo dessa cena traz, também, um desconforto ao evidenciarmos a prática do velho modelo manicomial instituída num lugar onde se espera que as práticas estejam voltadas para uma ética do cuidado. A ética a que nos referimos está ligada à criação de estratégias de cuidado que permitam ao outro se movimentar em busca de seu desejo, daquilo que lhe gera potência.

Nesse relato fica evidente somente a crise da usuária; a conduta tomada só veio à tona pelo incômodo gerado na residente. Essa é uma questão muito importante, pois evidencia uma abordagem à crise de forma fragmentada e controlável. E a pessoa em crise é reduzida a situação expressa de seus sintomas, efetivando-se assim em conduta estereotipada.

Diz Dell'Acqua e Mezzina (2005) que nos momentos do cuidado à pessoa em situação de crise, nessas condições, a visão profissional fica reduzida ao "ponto de máxima simplificação" ao sintoma, e a complexidade da existência da pessoa é colocada em parênteses.

Uma outra questão pontuada por eles e revelada na fala da residente é de que a intervenção no momento da crise deve ser acompanhada pelo profissional que é referência do caso, ou seja, que "segue, assiste, "acompanha a pessoa".

Para ilustrar destacamos o relato: Meu, e não vai ficar ninguém? Eu olhei assim: - ah, então eu vou ficar junto. No primeiro dia, gente louca. Não sabia o que fazer. Eu sentei: - e aí, tudo bem? Eu sou a fulana, muito prazer. Que coisa doida, não?

A crise psicótica requer, muitas vezes, da equipe uma ação mais aproximada, de acordo com o próprio relato: *o que eu tinha ouvido falar é que quando se contém alguém no leito, tem que ficar alguém junto fazendo a continência*[...]. Mas se assume a função muito mais de controle do corpo do que de uma continência terapêutica.

Essa postura se refere a como a equipe técnica compreende a manifestação da psicose. Um contraponto a essa questão é apresentado por Tosquelles ao dizer que "o delírio é uma tentativa de cura, de reconstrução. O sistema delirante é na verdade um sistema de sobrevivência". Complementa: a "loucura é criação e não passividade". Essa é uma visão que provoca uma mexida nas posições instituídas dos profissionais e do louco na instituição. Para Oury essa é uma posição ética. Porque visa ressaltar os pontos positivos em vez dos negativos da manifestação psicótica. E com isso, a maneira como é percebida pelo outro muda completamente. (PASSOS, 2012)

Como dito acima por Dell'Acqua e Mezzina (2005) o momento da crise pode ser para o profissional que assiste ou acolhe a pessoa em sofrimento, um momento em que a vida fica reduzida ao "ponto de máxima simplificação" ao sintoma.

Imbuídos dessa perspectiva, utilizam-se de um saber que serve para indicar, reconhecer a expressão do sofrimento ou uma dor em curso e não para dizer daquele sofrimento em particular. Em supervisão, Oswaldo Danti Di Loreto sempre reagia com uma atitude de desconhecimento quando na discussão de casos clínicos apresentávamos a história apoiada em referenciais técnicos: é uma depressão. Dizia: não sei, não me diz nada. Qual a história dessa pessoa a quem dizemos ter depressão?

Diz Didi-Huberman (2015) que há os que pretendem olhar de cima e há os que decidem se debruçarem para ver melhor. Ao se curvarem para verem melhor abandonam o lugar protegido que a teoria proporciona, para olhar o outro de forma mais abrangente. Com essa visão a distância entre as coisas se modificam em movimento de vai e vem nos levando a sensibilizarmos com tudo que focalizamos. Enfatiza, "aqui não há nada de definitivo, o nãosaber faz parte desse outro banquete do olhar" (p.71)

Evidenciado nesse relato:

[...] é muito difícil, é muito angustiante, assim, mas, ao mesmo tempo eu fico pensando, eu tenho uma pessoa na minha frente. Se eu não posso ouvi-la, né? Sim, por mais que me pareça muito louca, assim, mas de alguma maneira ela está dizendo dela. E aí, eu vou dizer simplesmente que não vale o que ela está dizendo. Mas, não é fácil. (RGf1)

O não-saber é extremamente importante quando estamos dispostos a aprender uma nova forma de olhar o outro. Para isso, continua Didi-Huberman, aprender uma forma de visão advém inteiramente de sobre o que é que focalizamos, do por que é que a convocamos, "do como a utilizamos e da orientação que lhe damos" (p. 16).

Esse fragmento levanta a questão ética de como se relacionar com a manifestação da loucura colocando-a num outro patamar: um lugar em que possa ser escutada, ouvida. Essa escolha é de um debruçar-se para ver melhor aquilo que até o momento se mostrou obscuro. Essa mudança de posição é angustiante e provoca insegurança. Mas ao mesmo tempo nos coloca frente ao abandono do domínio do saber antecipado sobre o outro. Abandono de um saber incompleto, das estereotipias.

Foi esse o tônus da nossa discussão no GF:

[...]Saber antecipadamente o que eu vou fazer com o outro é não ter a necessidade de escutá-lo; para estar em contato com o outro verdadeiramente é preciso não-saber. (P)

[...] uma coisa que eu acho que têm de muito potente na formação é a relação com o não-saber; que eu acho que a SM nos traz muito o tempo inteiro, né? Por mais que você tenha experiência, assim, é claro. (RGf1)

Diz Agamben que é "o modo como conseguimos ignorar que define a categoria daquilo que conseguimos conhecer". O saber seja ele qual for (das coisas ou de gente, da ciência ou do senso comum) faz parte de um todo que ignoramos. No entanto, a postura que normalmente se assume é de que o saber revelado sobrepuja o não-saber. Bastando uma ação racional para acessar o todo inominável, inexplorável. Se inverte a lógica. Postura que levamos para as

relações e é muito aplicada na psiquiatria; algo que vimos expresso no episódio da moça contida ao leito. No campo da psiquiatria a relação com o campo do "não-saber" que ligamos ao universo das trocas entre as pessoas é negado, ou dito de outra forma, está referendado ao controle.

A relação só acontece se abrirmos espaços para que o outro seja, no entanto isso acontece se não detivermos o saber sobre o outro. Esse fragmento traz o jogo aberto das relações que se constroem a partir do encontro.

Todas as pessoas-usuários com quem acredito que possa dizer que estabeleci um vínculo mais intenso (e especialmente estas citadas) foram pessoas com quem, em algum momento, fiquei brava, alegre, triste, frustrada, etc. Foram relações em que as minhas emoções também estavam implicadas e nas quais havia uma boa dose de incerteza. Parece-me que havia espaço, em ambas as vias, para o sentir, propor caminhos, concordar e discordar, errar, desculpar-se e tentar retomar a relação e buscar construir caminhos de cuidado conjuntos. (RGf1)

Diz Agamben (2010), que "os modos pelos quais ignoramos algumas coisas são igualmente e talvez mais importantes que os modos pelos quais a conhecemos". (p. 1950)

O não-saber não é qualquer coisa não pensada anteriormente e que acessamos abruptamente, por uma ação deliberada – o não-saber para nós está relacionado a uma fluidez intercorpórea que acessamos quando estamos abertos para o acontecimento da vida. Orbita entre os corpos se articulando a cada momento com o saber possibilitando um novo conhecimento; e é por essas linhas de fuga que temos insights.

[...] e a minha relação com E que a todo momento eu não sabia o que estava fazendo; eu achava que estava fazendo tudo errado. E, hoje em dia eu lembro algumas coisas que percebo o quanto que é, foi uma construção mesmo, né? De apostas de não ter certezas e ao mesmo tempo de acreditar um pouco na nossa avaliação. (RGf1)

Esse relato toca na questão de se deixar conduzir por um "desconhecimento" que nos acompanha e que nos escapa. Mais uma vez diz Agamben (2010) que a arte de viver está relacionada à capacidade de nos mantermos harmoniosamente com aquilo que nos escapa.

Esse fragmento sintoniza com isso:

[...]. Estou compreendendo a construção do vínculo e de como um bom dia, um abraço, um olhar significam rios de fortunas de conhecimento. Estou aprendendo que a escuta esta ali, no dia a dia, nos sinais não demonstrados abertamente, nos toques sutis dado em cada chegada e partida, nas palavras não ditas, nos silêncios compartilhados, nas presenças, nos afetos.[...] hoje estou aprendendo nesta nova etapa de formação a compreender as chegadas e partidas, a entender que em um

espaço onde se encontram pessoas existem muitas histórias não contadas, muitos afetos reprimidos, pedindo ajuda, escuta, dando sinal de que ali estão. (ERe4)

O conhecimento que detemos (de uma pessoa, coisa, situação) está sempre relacionado a uma ignorância que o circunda. Mas aceitar essa condição é muito difícil, pois, somos "formados" a atuar amparados a um saber científico inquestionável, e sofremos muito quando algo escapa ao nosso controle, ou o que calculamos, ou o que planejamos não acontece como esperado.

O encontro com o outro, com a alteridade é sempre marcado por uma falta, uma lacuna. E nos mantermos numa posição harmoniosa entre o "saber não-saber" na relação com o outro que podemos permitir que novas posições subjetivas nasçam; pessoas se produzam. Nos vem, agora, à lembrança um fato discutido em outros espaços educacionais em que profissionais qualificados, da área da saúde, procuravam ajuda para a dificuldade que estavam tendo na comunicação com usuário. Diziam: eles não entendem o que dizemos.

Diz Didi-Huberman (2015) que a "vista sobrepujante" se liberta, se eleva para ver melhor. Coloca uma distância e se posiciona tendo uma visão de cima. No entanto, há os que decidem se debruçarem para ver melhor, e ao se curvarem abandonam o lugar protegido que a teoria proporciona, para olhar o outro no olho a olho, no tête-à-tête. Esses dois gêneros de visão levanta o debate de qual é o melhor ou quando é necessário ter-se uma ou outra das formas de visão ao se relacionar com o objeto do saber. Sabemos que ao nos aproximarmos ou curvarmos corremos o risco de que nessa aproximação sejamos levados "pelas seduções, ilusões, meandros do baixo-sensível". (p.375)

Em todo caso, qual seja a posição assumida ela estará associada ao que desejamos focalizar, se queremos assumir uma posição por uma escolha estética, no sentido do que queremos ver do outro, no sentido ético o que queremos reconhecer do outro, e mais ainda, no sentido político como se posicionar para se fazer justiça ao outro. (Didi-Huberman, 2015)

A fala da residente, que replicaremos a seguir, traz a preocupação de não desconsiderar o outro mesmo em situação de crise, ou podemos dizer, frente ao sofrimento de acolher sem reduzir sua vida a um "ponto de máxima simplificação" ao sintoma. Assume o quanto é dificil inverter essa lógica. Porém, nesse trabalho vimos o esforço, de todos eles, em superarem essa barreira, possibilitando criar uma relação em que o outro estivesse num lugar de troca, com muito borramento entre as fronteiras.

[...] é muito difícil, é muito angustiante, assim, mas, ao mesmo tempo eu fico pensando, eu tenho uma pessoa na minha frente. Se eu não posso ouvi-la, né? Sim, por mais que me pareça muito louca, assim, mas de alguma maneira ela está dizendo dela. E aí, eu vou dizer simplesmente que não vale o que ela está dizendo. Mas, não é fácil

Não nos sobram dúvidas que tudo que expusemos até aqui demonstram a intensidade com que essas pessoas vivenciaram a experiência de formação. E podemos constatar que essa experiência foi complexa ao abarcar aspectos da vida profissional e pessoal de cada um. Pois, estiveram envolvidos em situações emocionais muito intensas, limites de sofrimento, repensar as concepções de vida, de formação.

Como demonstrado neste fragmento:

Este período foi de uma imersão muito intensa – e avalio que um tanto desmedida – no trabalho. Além da angústia gerada por entrar em contato com os sofrimentos das pessoas que iam buscar cuidado e pelas muitas dúvidas acerca de como conduzir os processos, tinha dificuldade de ir embora da unidade, ficando diversas vezes até mais tarde do que seria meu horário, preocupada com algumas situações ou trocando com os colegas da equipe. Saía em geral muito cansada e "levava o trabalho para casa", sem conseguir me desligar. (RRe1)

O corpo é o primeiro a denunciar que não aguenta mais. Contudo, qual a mensagem que ele está nos passando?

O corpo é para Espinosa o meio pelo qual estabelecemos contato com o mundo externo. Sendo este de composição complexa que pode ser afetado de várias formas e agir igualmente de variadas maneiras. No encontro com outros corpos vivencia processos de composição e decomposição nas relações que vai estabelecendo.

E por estar exposto, necessariamente para o fora⁷, provoca-lhe sofrimento. Pois não há possibilidade de construção de si se não for, se não tiver essa abertura para fora. Como diz Winnicott, somos um eterno andarilho. E é por uma exposição, a toda uma rede de regras de condutas, de posturas, do certo e de errado, de afetos que o corpo tem que lidar e reagir.

Em Espinosa encontramos a seguinte citação:

O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza

⁷ O que é o fora? Diz Pellejero, E.; Anghel, G. (2008): "o fora sobrevive como uma potência do pensamento [...] que como neutro, anula o tempo, dissolve a história, desbarata a dialética e a verdade, abole o sujeito e faz soçobrar uma ordem". Para Peter Pál Pelbart: um campo pré-pessoal, inumano. É uma multiplicidade de forças, sua velocidade infinita, sua invisibilidade. [fragmento de áudio]

enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer. (Ética III, Prop. 2)

A fala de R1 mostra a reação do corpo e do pensamento extremamente mexido, provocado pela exposição. Diz ela:

Na esquina (vozes de concordância) já podia encontrar alguém no caminho. Eu tive um momento que respirava fundo para esvaziar um pouco para receber, também, o que viria.

Então eu lembro que eu pisava o pé no CAPS e já vinha uma enxurrada de coisas assim: -Ah! Porque eu quero cigarro; ah! Porque eu quero ligar [...], porque não sei o quê. E aí como criar corpo para essas várias coisas, né? Eu lembro que teve uma época do ano, já mais para frente, que eu já sabia o que ia vir. Então, eu já entrava assim: respirava fundo, respirava fundo para esvaziar um pouco, né? (RGf1)

Essa expressão de cansaço diz menos sobre a atividade física do corpo do que sobre sua potência. Esse cansaço é a reação do corpo ao ser submetido ao mundo externo, ao ajuste que vai fazendo diante das coisas que lhe afetam. Diz Lapoujade (2002) citando Nietzsche e Foucault "que é todo um sistema de crueldade que se impõe ao corpo". (p. 83)

Mas o corpo encontra sua potência de resistir, sua resistência ao cansaço e ao sofrimento.

Eu lembro que teve uma época mais do meio, isso estou contando a experiência do CAPS, isso já no meio para o fim do ano. Eu já estava ficando cansada. Mas assim, eu lembro que eu acordava e cada dia eu pensava: eu vou para lá, e eu não ficava triste porque estava cansada e tinha que ir. Mas, eu pensava assim: - eu vou para lá, e vou encontrar tal pessoa, que podia ser um trabalhador, colega ou um usuário. Cada dia tem uma dinâmica e aí eu lembro que pensei vários dias isso: - hoje eu vou lá e vou encontrar tal pessoa e me alegrava de uma tal maneira que eu ia feliz mesmo cansada [...]. Vai ter tal experiência, tal atividade que eu sei que gosto, por mais que tenha outras coisas que eu não controlo; pode chegar alguém surtado e eu não sei o que fazer muito bem. De toda forma, eu sentia que tinha ali um grupo de pessoas que eu ia encontrar e eu ficava feliz com isso. (RGf1)

É nesses momentos de resistência que o corpo exprime sua potência ao interagir com a as pressões vindas de fora, impondo dentro uma organização, para enfim, moldar-lhe uma "alma". (Lapoujade, 2002)

Frisamos que os métodos ou formas de adestramento e disciplina quando criam um canal de acolhida dentro das pessoas, assumem uma outra forma cerceando-lhes, assujeitando-lhes.

Portanto, uma condição para que o corpo acesse sua potência é ter consciência do seu sofrimento, dizendo de outra forma, perceber o seu aprisionamento e a insuportável exposição ao fora. A partir dessa atitude, tomada de consciência de que "o corpo não aguenta mais" ele acessa a própria potência. "Pois a questão é: que pode o corpo em face desse sofrimento que é sua própria condição? " (Lapoujade, 2002, p.87)

Não há saída, ou nos recolhemos do mundo e definhamos nas nossas possibilidades de ser, ou não cessaremos de nos submeter às explosões ininterruptas com a luz, com os alimentos, com os sons e as palavras cortantes [...] (ibidem)

Mais uma vez diz R1:

Não é só peito, é o corpo inteiro. Sei que é uma expressão. Sabe porquê? Porque eu lembro dos dias, dos dias que eu chegava. Porque acho que tem uma coisa de disponibilidade para o encontro, né? E que eu acho que a gente tem dias que tem mais, tem dias que tem menos e pelo menos da minha experiência eu percebo que tem pessoas que tem mais e tem pessoas que tem menos. E que eu acho que os usuários, também, percebem isso.

Essa passagem nos remete novamente ao já dito em muitas outras partes deste trabalho. Que o corpo apto à multiplicidade dos encontros, é aquele cujas partes (interiormente dispostas) são capazes de perceber as afecções provenientes da relação com a exterioridade reagindo com maior potência de agir ou força de existir. O amadurecimento conquistado advém da exposição necessária com o mundo. Como coloca E5:

[...] quando você não busca, mas, eu encontro. O contato vem até você, você não tem como escapar, você tem que lidar com isso e é isso uma experiência. É uma experiência muito viva. (EGf5)

É pela via de experimentação com o mundo que o corpo humano vai se fortalecendo, adquirindo sensibilidade e abertura no trânsito com a vida.

No entanto, o corpo tenta se proteger contra as exposições que lhe causam sofrimento, desconforto, fugindo, se insensibilizando, se imobilizando (fingindo-se de morto), ou seja, por processos de fechamento e de enclausuramento, para se proteger das feridas provocadas pelas exposições. Por outra via, podemos pensar que as defesas nos possibilitam um amortecimento às feridas, no ato da exposição, para inclusive absorver, assimilar melhor a experiência. (ibidem)

Esse grupo com o qual trabalhamos nessa pesquisa bem mostrou o quanto foi forte. Porém o sentido que empregamos na expressão "ser forte" está relacionado à proporcionalidade de sua fraqueza. Testemunhamos durante esse processo, e esperamos ter aqui demonstrado, o percurso realizado, primeiro de suas disponibilidades, de abertura às pessoas-ambientes; em segundo, a exposição a que esteve submetido e em terceiro, a demonstração de sua fragilidade.

Diz Lapoujade (2002), "que só se cavam espaços, se precipitando ou desacelerando tempos à custa de torções e deslocamentos que mobilizam e comprometem todo o corpo. " (p. 90)

Não é possível viver a exposição ao mundo sem alguns anteparos, e se abrir e se fechar é o paradoxo da prudência, diz ele, lembrando de Nietzsche e Deleuze. Pois, o se fechar e se abrir é o movimento da relação que estabelecemos com a vida, onde nossa receptividade e nossa espontaneidade, juntas e inseparavelmente, testemunham aquilo que pode o corpo.

7.5 Enfrentando os desafios

O que nos ajuda a pensar sobre essa passagem vivida por P6, é o conceito *concern*, traduzido por concernimento, ou seja, a capacidade humana de compadecer-se e responsabilizar-se ao avaliar as consequências de suas experiências instintivas na relação com o outro (Winnicott, 1983). Essa fase é descrita por Winnicott como estando inserida no processo de amadurecimento no qual o bebê começa a perceber que a mãe (mãe-ambiente) dos estados de relaxamento é a mesma dos estados de excitação. Essa compreensão vai sendo possível na medida em que o processo de organização interna estiver acontecendo rumo à unidade do EU SOU.

Winnicott tem a visão de que se o bebê recebe todos os cuidados necessários da mãeambiente, ele não tem outra saída a não ser encaminhar-se ao amadurecimento, diz: *o ser humano é um ser vivo que tem que ser* (Loparic, 2013). Nesse percurso, sentimentos de ambivalência e culpa emergem em virtude de não haver, ainda, separação ou discriminação clara das funções do ambiente e seu processo de elaboração imaginativa.

A passagem a seguir mostra este processo:

[...] eu lembro que a P6 passou por aquela experiência. [...] ela não teve escolha de querer ou não querer. (EGf5)

[...]acho que foi numa das primeiras semanas[...]. Eu estava participando do grupo que estava tendo do dia, [...] ele chegou. [...] a referência dele [...] falou: - participa do grupo faz tempo que você não participa. [...]. Depois que acabou o grupo a gente ficou conversando. Eu fiz um origami para ele. A gente estava falando não sei o quê que me remeteu ao origami que eu tinha aprendido há pouco tempo, aí eu: olha, está aí. Ele comentou que gostava de coisas de japonês, da cultura japonesa. Ah! Então, leva esse origami aí. Depois desse dia ele começou a frequentar mais assiduamente o CAPS porque fazia tempo que ele estava afastado. Teve um dia que a gente foi fazer um grupo, [...] e ele queria me chamar de canto para conversar sobre alguma coisa. Ele me disse que tinha me adicionado no Facebook, que ele tinha me encontrado; eu vi que ele tinha me adicionado, mas, eu fiquei receosa de aceitar ou não, porque eu

não sabia se podia misturar ou não a vida de fora e dentro do CAPS, né? Eu nem tinha aceitado, tinha visto e não respondido. - Ah, tá bom vou aceitar. Passou um tempo eu não tinha aceitado, e ele veio me perguntar: - você vai me aceitar? Como que foi? (Pergunta para a colega de estágio presente ao Grupo Focal) (EGf6)

Aí a M e a R se intrometeram na conversa. Você já tinha pedido orientação se aceitava ou não; falaram que não era para você aceitar. Você estava acabando de explicar para ele que não era. (EGf5)

A M deixou bem aberto que eu podia adicionar[...] se meu jeito de lidar com o usuário fosse assim ou não. Ela não adicionaria. Eu: - Ah, tá bom. Eu, também, tinha dito que não ia adicionar[...] eu não falei nem que sim nem que não. Ele ficava insistindo nisso de querer adicionar ou não. Aí teve o grupo. A gente tinha conversado antes. [...] o grupo era fechado, e ele não ia entrar. Ele passava toda hora pelo corredor, tinha um vidro. Eu falei: - não vou falar com você; ele dizia: - vem para fora pra gente conversar; eu dizia: - eu não vou, vou ficar no grupo. Depois no final quando acabou todo mundo foi embora; a gente estava conversando muitas coisas, [...] na hora que eu ia indo embora ele apareceu. Quando abri a porta da sala de convivência [...] nos encontramos no corredor. Ele começou a falar incisivamente. (EGf6)

O "concern", concernimento ou compadecimento é visto como um segundo momento do cuidado onde os papéis se invertem. Se antes havia uma preocupação consigo, agora o bebê assume a preocupação do cuidado com o outro. Vemos a pertinência deste conceito para a análise deste trecho, pois podemos evidenciar a preocupação da estagiária como o bem-estar do usuário. (Winnicott,1990).

Seguindo com o relato:

Então, eu fiquei mais com receio do que responder para ele, de acontecer alguma coisa com ele e ou comigo, também. Mas, estava pensando mais nele de se suicidar, uma coisa. (EGf6)

Resgatamos aqui, uma discussão já realizada sobre o medo de aniquilamento e insegurança sentido quando iniciaram no CAPS, e que nos serve para mostrar o percurso de amadurecimento ocorrido no processo de formação. Naquele momento, o sentimento era de preservação de si ou uma preocupação centrada em si mesmo, sem construção de vínculo com o outro. Nesse último fragmento, E6 expressa sua preocupação de que sua atitude possa repercutir negativamente no rapaz, diz afirmativamente, "estava pensando mais nele".

Esse olhar para fora de si mesmo nos remete a um momento do EU SOU em que se reatualiza saindo da visão centrada em si mesmo para o ambiente a sua volta. Trouxemos em muitos momentos desse trabalho a ideia defendida por Espinosa e Winnicott de que o acontecer humano se dá no espaço, isto é, no ambiente no qual vive. Embora se saiba que a partir da

construção de sua autonomia vai transitando de um espaço ao outro. E em cada momento dessa trajetória busca criar um ambiente no qual possa se sentir acolhido, usando para isso suas concepções de vida como alicerces na nova morada.

Nesse mesmo relato, podemos perceber a tentativa de E6 em propiciar uma "zona de hospitalidade" para o rapaz, desde que soube que ele não comparecia na unidade, e que sua participação era necessária para seu tratamento. Cria, então, um ambiente receptivo ofertandolhe com uma produção.

Pensamos que essa passagem retrata um momento importante ao início da construção do papel profissional, quando E6 numa atitude de confiança ao ambiente se abre tentando criar um espaço de troca terapêutica.

Um outro ponto que nos advém desse material é sobre o 'encontro dos corpos'. Dissemos, acima, sobre o corpo se fechar e se abrir em virtude da exposição que vive com o fora. Pois bem, esse encontro da E6 com o rapaz possibilitou um recuo por algum tempo, para que pudesse entender o que havia acontecido. Mesmo porque, o corpo vive em relação com outros corpos sendo capaz de afetar e ser afetado. Contudo nesse trânsito não tem nenhum controle do que afeta e do que lhe é afetado.

Diz Espinosa, que o homem é um corpo individual, dinâmico e intercorpóreo, isto é, o corpo é relacional. Primeiramente, essa relação acontece consigo mesmo entre os vários corpúsculos duros, moles e fluídos que o compõe – numa relação constitutiva de si mesmo; e depois, nas relações que estabelece com o mundo externo, no contato com os outros corpos quando, então, afeta e é afetado numa troca que lhe traz muito mais força de agir e perseverar do que de destruir. (Jaquet, 2011)

Trazemos a fala de R2:

[...]. É que um pouquinho do que nós estávamos falando, dos encontros que a gente tem na vida, este momento, agora de estarem os serviços de SM vem muito de encontro com o que a gente vem encontrando, trabalhando juntos. Essa coisa da configuração do lugar antes, depois. E, falando um pouquinho de mim agora e dos meus processos, estar na Residência em serviços de SM diferentes da rede de Santos faz eu pensar com quem eu estou, também. Assim, e eu acho que é legal contar um pouquinho o que são as parcerias que a gente tem na Residência e é legal a gente escutar as meninas falando um pouquinho da trajetória agora, que muita coisa faz sentido, né? E porquê? A gente é chata para caramba na Residência, eu acho. E, mas, eu acho que é muito bom. No próprio processo de construir é algo que vai se construindo; e nas práticas de trabalho é descobrir como se cria. Aprendi muito isso com (R3); [ela] foi muito dupla de trabalho no ano passado e é legal esse processo

de formação a gente aprender com o outro próximo. Uma pós-graduação. Como a gente também aprendeu com aquela relação próxima com a preceptoria.

Primeiro ano de Residência, assim, eu acho que é isso, são os afetos que se dão através dos encontros que vão potencializar ou despotencializar, tanto as nossas ações, depois futuras, também. E eu acho que está no corpo, eu não consigo ser uma pessoa lá no CAPS e ser uma pessoa em minha casa. (RGf2)

Este momento do relato é muito importante, pois, vem reforçar e finalizar uma ideia que talvez tenha ficado em suspense ou não tão explícita no corpo dessa dissertação. Nesse relato, se delineia uma experiência que esse grupo viveu intensamente, nesses dois anos para uns e um ano para outros, que foi a realização do "trabalho junto". E o junto se constituiu numa força tanto pessoal como coletiva. Se expandindo. Foi assim que intervieram em várias situações.

Diz Espinosa, quando um corpo encontra outro corpo, uma ideia outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente; ou quando um corpo encontra outro corpo que não convém a um dos corpos ou a ambos, o que ocorre dessa relação é a decomposição de um corpo e a destruição da coesão das suas partes. É o trabalho junto que os provê de um repertório e de uma experimentação que em situações difíceis ou insuportáveis conseguem manter o EU SOU sem se desmanchar.

No relato, ao se referirem ao fazer-junto, conseguimos visualizar o quanto essa experiência foi reveladora de reconstituição de força, segurança para a continuidade do trabalho. Não precisava falar, dizer nada, bastava estar ali, juntos.

E eu acho que essa experiência para mim de fazer junto que eu vivi muito no CAPS, que esse 2° ano eu vivi menos com os profissionais e mais com a Residência[...]. É uma experiência muito marcante. (RGf1)

Tornamo-nos inteligentes na medida em que atuamos no mundo não somente a partir de uma visão individual, ou de uma relação disfarçadamente individual; mas, quando eu componho com outro ou outros, assim, a minha potência de agir e existir aumenta e a minha relação com o mundo se amplia.

Como podemos ler nestes fragmentos:

[...] não tem como não se misturar. (EGf7)

[...] e você vai fazer um relatório sou tudo ali e mais um pouco. Eu fico pensando nisso, nos encontros que se dão e eu acho que são potentes; como por exemplo esse momento, agora. Quando uma pessoa está te falando uma coisa e você lembra outra; e eu acho que isso aqui, inclusive, é uma coisa. Era um pouquinho isso que eu queria falar. (EGf2)

Quando eu coloquei no relatório do estágio que a gente aprendeu muito sobre a escuta. Toda a formação que a gente tem na Unifesp, por mais que eu tive uma formação muito em nota, em produção. E dentro do estágio a gente tem uma formação de estar em contato, de relação, de você estabelecer relação e estabelecer troca e acho que isso é muito da formação profissional que eu quero levar para mim. (EGf4)

O que eles sentiram a partir das trocas estabelecidas foi um aumento de potência do corpo e da mente. E este estado ampliado da mente produz "noções comuns", quando passam a compreender melhor o mundo, a conhecê-lo melhor. Na medida em que conhecem melhor o mundo: são capazes de escolher melhor seus encontros, ser ativo na produção dos afetos, o que alimenta suas potências em ato para ser e agir. (Spinoza, 2016)

No início dessa análise fizemos uma analogia com "Longe da árvore" atribuindo a partir da produção de dados extraídos dos relatórios e do grupo focal uma imagem de que eles saíram de frondosas copas que os protegiam e foram para outra e mais outra até chegarem aqui. Sabemos que para alguns deles os voos que fizeram e ainda fazem os distancia cada vez mais do primeiro lugar de abrigamento.

No entanto, o homem não se perde de si ao deslocar-se de um mundo para outro. A entrada ao mundo não é uma submissão, ela traz uma promessa de transformação, para aquele que se dispõe experimentar. Sendo assim, o corpo vai aumentando sua potência na medida em que experimenta uma multiplicidade de afectos.

Deleuze (2009) apresenta o sentido de afecto como uma variação contínua da força de existir, uma espécie de vibração musical dessa variação contínua, regulada pela ação entre os corpos, corpos porosos à vida. Onde cada um vai encontrando no percurso da vida os corpos que compõem relação com o seu, descobrindo aqueles que são capazes de afetá-los, ora aumentando ora diminuindo sua força de agir e existir. Um mapa pessoal é construído a partir dos afectos que vão se formando o que dará numa composição original, as vezes, ambígua, mas continuamente recriadas nas relações vivenciadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tarefa de refletir sobre uma situação já acontecida e concluída para compreendê-la ou tirar algumas conclusões, nos parece uma tarefa um pouco árdua, como também, fadada a uma desilusão.

Contudo, vamos pegar um atalho e tentar, nesse último passo, ver o que nos escapou. O quê dessa experiência nos pede, ainda, um curvar-se sobre ela, para que possamos incorporar mais alguma coisa a nossa existência.

Esse momento nos lança até as bordas da experiência. Nos convoca sair do centro para conseguir acessar outras fronteiras, outros devires. O fim pode também ser o começo, um começo invertido, em que as respostas são muito mais perguntas a nos introduzir num outro espaço, espaços já conhecidos ou a conhecer.

As considerações finais podem servir, também, como uma recusa a ser colocado um fim. Anunciando que a experiência tratada neste trabalho encontre seu sentido em espaços do passado, do presente e do futuro.

Embora tenhamos tratado o material produzido das experiências de forma recortada e sequenciada isso se deu puramente pela limitação do contexto em que estávamos inseridos que nos imprime uma atuação delimitada e rígida. Esperamos ter deixado, pelo menos, a sensação de que o vivido ultrapassou o espaço institucional lhes provocando um convite a entrar na conversa.

As experiências aqui tratadas são um subproduto das muitas experiências que temos na vida e que estão definidamente acontecendo. Pois, a potência de existir ela só acontece quando estamos no mundo em convivência com outros, e as minhas experiências elas se implicam e se explicam em muitas outras tanto simultaneamente quanto na continuidade.

Os fins deixados em aberto sempre foram uma atração muito pessoal. Essa abertura é um convite para que cada um diga o que viu. É um convite à participação, fazendo desse objeto estático um dispositivo de potência de criação. Sendo esse o sentido que esse trabalho quer atingir.

Vamos usar de uma pequena citação, não nos contivemos. Ela está fora do trabalho, mas tem uma potência enorme de relação que diz muito da nossa intenção.

No momento em que colocam o espectador no campo de seu olhar os olhos do pintor captam-no constrangem-no a entrar no quadro, designam-lhe um lugar ao mesmo tempo privilegiado e obrigatório [...] (Foucault, 1992)

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. **Formação em saúde e micropolítica**: sobre conceitos ferramentas na prática de ensinar. [2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14143283201400020031&sript Acesso em: 20 out. 2015

AGAMBEN, G. Nudez. Tradução: PESSOA, D. São Paulo: Autêntica. 2010. [e-book]

AMARANTE, P. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: SCARELLI, M. R.; COSTA, E. S. **Fim de século ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: REGO, L. A.; PINHEIRO, A. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARDOUR, R. **Grupos Focais**. Tradução: Roberto Cataldo Costa, Uwe Flick (Coord): Coleção Pesquisa Qualitativa, Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRETO, L. **O cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura – Fundação Biblioteca Nacional – Departamento Nacional do Livro, 1920. [Domínio Público]

BENJAMIM, W. O anjo da história. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2012. [e-book]

BEZERRA, B. JR. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, 17(2): 243-250, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0103-73312007000200002

BOFF, L. Saber cuidar. Editora Vozes, 1999

BONDÍA L. J. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Revista Brasileira de Educação. [2002]. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27501903 ISSN 1413-2478 > Acesso em: 31 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição**: República Federativa do Brasil 1988.Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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 da União. 20 set 1990.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União. 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde & Ministério da Educação – Secretaria de Ensino Superior. **Projeto de incentivo às mudanças curriculares em cursos de Medicina** – PROMED, Brasília, maio de 2001(a).

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (b). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde MS. **Portaria nº 336/GM/MS**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviços CAPS, e dá outras providencias. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde. [2004]. Disponível em: < www.ccs.saude.gov.br/saude mental/pdf/SM Sus.pdf > Acesso em: 20 out 2015.
- BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa de Inclusão de Jovens; [...] e dá outras providências como Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF): MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); 2005.
- BRASIL. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília DF: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde(BR): 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421 03 03 2010.html
- BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279,** de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para organização da RAS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279 30 12 2010.html.
- BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a RAPS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088/GM/MS**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da União. 21 maio 2013b.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.
- CECCIM R. B. **Educação Permanente em saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2005; 10(4): 975-86.

CECCIM, R. e FEUERWERKER, L. C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. In: Scielo, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script

Conferência Nacional de Saúde, 8 - (CNS), Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, série D, Reuniões e conferências, 5, 43p. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES. **Recomendação e reconhecimento de 574 cursos de Mestrado Profissional**, 2014 Disponível em: http://www.brasil.gov.br/educacao/2014/05/capes-recomenda-574-opcoes-de-cursos-de-mestrado-profissional

DALLÁGNOL, C. M.; TRENCH M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa de enfermagem. Rev Gaúcha Enf. 1999; 20 (1):5-25.

DELLÁCQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise**: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. AMARANTE, P. (Coord.); Rio de janeiro: Nau, 2005.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. Tradução: LINS, D.; LINS, F. P. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981). Tradução: FRAGOSO, E. A. R.; CASTRO, F. E. B.; JUNIOR, H. R. C. Fortaleza: EdUECE, 2009.

_____. **Espinosa e o problema da expressão**. Tradução: GT Deleuze – 12; ORLANDI, L. B. L. (Coord.), São Paulo: Editora 34, 2017.

DEWEY, J. **Arte como experiência**. Tradução: RIBEIRO, V. Introdução: KAPLAN, A. São Paulo: Martins Editora, 2010, 646 p.

DIDI-HUBERMAN, G. Pensar debruçado. Lisboa: Ymago Ensaios Breves, 2015 [e-book]

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA R. R. Contribuição ao movimento de Mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p. 37-50, fev, 2002.

FEUERWWERKER, L. C. M. Educação em saúde – educação dos profissionais de saúde em campo de saber e de práticas sociais em construção. Rio de Janeiro: Editorial revista Brasileira de Educação Médica, 2007; v. 29, n.31, p.1. 3-4.

FIADEIRO, J.; EUGÉNIO, F. **Secalharidade como ética e como modo de vida**: o projeto AND_Lab e a investigação das práticas de encontro e de manuseamento coletivo do viver juntos. Urdimento, Nº 19. Novembro, 2012.

FIADEIRO, J.; EUGÉNIO, F. **O encontro é uma ferida**. AND_Lab – Centro de investigação Artística e Criatividade Científica, S/D.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

| 1984. | . História da sexualidade 2 : O uso dos prazeres. 5ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | . Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Editora Vozes, 1987. |
| FRENA | NDES, M. (Org). Fim do século ainda manicômios? São Paulo, IPUSP, 1999. |
| | z, P. Pedagogia da Autonomia : saberes necessários à prática educativa. 43. ed., São daz e Terra, 2011. |
| | . Pedagogia do Oprimido . 17ª.ed. Rio de janeiro: Paz e Terra. 1987. |
| 1987. | Papel da educação na humanização . Salvador: Rev. da FAEEBA, nº 7, jan/jun, |
| saúde n | AD, A.E.; MORITA, MC, PIERANTONI, CR; et al. Formação de profissionais de o Brasil : uma análise no período de 1991 a 2009. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 385-393, n. jun. 2010. |
| comum | A. O.; GARCIA, M.L.; MAXIMINO, V.S. Trabalho Entreprofissional : acerca do e acerca do específico. In: CAPOZOLLO A. A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (Orgs.) Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013, p. 163-86. |
| | LINO, A. S.; PELICIONO M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia iva na promoção da saúde . Revista Escola Enfermagem. 35 (2): 115 -21. USP: 2001. |
| | SA, J. Tremores – Escritos sobre experiência. Tradução: ANTUNES, C.; GERALDI, elo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. |
| e Deleuz | JADE, D. O corpo não aguenta mais . In: GADELHA, S. (orgs.). Nietzsche ze : que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, Fortaleza: Secretaria da Cultura rto, 2002. |
| LEVI, P 2013. [e | . Se isso é um homem . Tradução: NETO, S. C. Portugal: Publicações Dom Quixote, -book] |
| | IC, Z. [org.] Winnicott e a ética do cuidado . São Paulo: DWW Editorial, 2013. eletrônico] |
| a saúde | Y, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde : os serviços de porta aberta para e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). ndo a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. (p. 117-160) |
| medidas | . As vistas dos pontos de vista . Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem . Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/portaldab//artigo_emerson_merhy.pdf |
| Conferê | . Modelo de Atenção à saúde como contrato social – texto apresentado na XI ncia Nacional de Saúde – CNS. Brasília: 2000. |
| Alívio | . Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furação antimanicomial. Alegria e como dispositivos analisadores, 2004 (recuperado em 2010). Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf. |

- ______. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação, 2005. Disponivel: http://.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid+S1414-32832005000100015

 MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. Cap.1 p. 9-15.

 _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

 . O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ed. Rio de Janeiro –
- NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental de Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. [tese] São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

São Paulo: HUCITEC-FIOCRUZ: 1993.

- PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A Formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. São Paulo: Saúde Soc. 2015. v. 24, supl. 1, p. 92-101.
- _____; BENEVIDES, R. "A cartografia como método de pesquisa-intervenção". In: **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- PASSOS, I. F. **Duas versões históricas para a psicoterapia institucional**. Florianópolis: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.4, n.9, p.21-32, 2012.
- PEDROSA, J. I. Web conferência para o Curso Especialização Docência na Saúde sob o tema: **Docência e práticas de rede na Gestão, Atenção e Participação em Saúde**. Disponível em:https://youtu.be/nJVbboI5jD0 Acesso em: 28/08/2014
- PÉLBART, P. P. **Do livro como experiência à vida como experimentação**. São Paulo: CULT Edições 191, 2014.
- RANGEL, M. L, VILASBOAS, A. L. **Rede Unida**: breve histórico, concepção, organização e estratégia de ação. Divulg Saúde Debate. (12): 15-8. 1996
- ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: **Saúde mental, formação e crítica**. AMARANTE, P.; CRUZ, L.B (Org.). Rio de Janeiro: Laps, 2015.
- TEIXEIRA, CF.; SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.** Salvador: Editora EDUFBA. Sala de aula, séries, n°3. p.237. 2006. Acesso: http:books.scielo.org.
- TRINDADE, R. **Afetos (bio)políticos esperança**. Site: https://razaoinadequada.com/2016/03/27afetos-biopoliticos-esperanca/
- UNIFESP. Residência Muitiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial. In: Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde, Brasil, 2015. Disponível em: https://www.unifeso.br/reitoria/proex/images/projeto-pedagogico15.pdf. Acesso em 5/set/2017

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Docência na Saúde: **Docência na Saúde: uma proposta didático-pedagógica** [documento eletrônico] — Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Docência na Saúde: **O protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS** [documento eletrônico] – Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014. 38p

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: ORTIZ, I. C. S. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. Natureza Humana. Tradução: BOGOMOLETZ, D. L. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

1 ANEXOS

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando seu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa "O SUS COMO ESPAÇO POTENTE DE (TRANS) FORMAÇÃO. Esta pesquisa está relacionada ao projeto de Dissertação de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP- Campus Baixada Santista.

A pesquisa tem como objetivo geral investigar o processo que possibilita o aprendizado a partir da experiência compartilhada entre os atores institucionais (estagiários, profissionais e usuários do serviço). Visa acompanhar a dinâmica da formação de uma prática voltada para o contexto da saúde mental. Pretende, também, analisar a prática vivenciada no espaço institucional identificando as potências de formação.

Portanto, você está sendo convidado (a) a participar de entrevistas individuais e, se necessário de discussão em grupo sobre a experiência de formação em um serviço de saúde mental. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento.

A identidade e a privacidade dos participantes serão preservadas nas transcrições e nos relatórios. E os dados coletados serão mantidos em sigilo e somente usado para fins deste estudo.

Ressalto que sua participação na pesquisa não é obrigatória e mesmo se disponibilizando em participar, você pode a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, se recusar a participar ou retirar seu consentimento. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização das entrevistas e ou grupo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Meu nome é ELIANA ROCHA DE LIMA, você poderá me encontrar no CAPS-Praia situado na Rua Cel. Joaquim Montenegro, 329 – Ponta da Praia – Santos, no telefone (13) 3232-8411 ou através do e-mail rocha810@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – na Rua Botucatu, 572 – 1° andar, cj. 14, telefone (11) 5571-1062 ou Fax (11) 5539-7162, e-mail: cepunifesp@epm.br .

| Eu | declaro | estar | ciente | das |
|-----------------------------------------------------------------|----------|---------|-----------|------|
| informações recebidas sobre a proposta deste estudo e dos proce | dimentos | a seren | n realiza | dos. |

99

Sei que não terei nenhuma despesa, nem receberei pagamento ou gratificação por ter concordado em fazer parte desta pesquisa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e das condições informadas. Poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

| E por estarem de acordo, ass | E por estarem de acordo, assinam o presente termo. | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|
| Santos/SP,de | de2016. | | | |
| | | | | |
| Assinatura do estagiário | Assinatura da nesquisadora | | | |

PESQUISADORA: ELIANA ROCHA DE LIMA – CRP 25429-0/SP

Fone: (13) 3232-8411 ou (13) 98820-9743 – e-mail: rocha810@hotmail.com

Endereço: Rua Cel. Joaquim Montenegro, 329 – Ponta da Praia – Santos/SP

2 ANEXO

ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

- 1. Iniciamos resgatando da memória as lembranças das primeiras experiências de formação.
- 2. Como vocês avaliam a sua experiência de formação no CAPS?
- 3. Vocês identificam as potências formativas dessa experiência?