

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Caderno Saúde Mental 3

Saúde Mental:
Os desafios da formação



Belo Horizonte, 2010

O Caderno Saúde Mental nº 3 da ESP-MG reúne os trabalhos apresentados no SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE MENTAL: **OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO**, realizado nos dias 27, 28 e 29 de maio de 2009, em Belo Horizonte, pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, com o apoio do Conselho Federal de Psicologia.

Tammy Angelina Mendonça Claret Monteiro

Diretora Geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Thiago Augusto Campos Horta

Superintendente de Educação

Marilene Barros de Melo

Superintendente de Pesquisa

Tânia Mara Borges Boaventura

Superintendente de Planejamento, Gestão e Finanças

Fabiane Martins Rocha

Assessor de Comunicação Social

Audrey Silveira Batista

Assessor Jurídico

Nina de Melo Dável

Auditora geral

Organização: Ana Marta Lobosque

Revisão: Bárbara Maia - ASCOM/ESP-MG

Editora: Fabiane Martins Rocha

Arte: baseada no cartaz do Seminário

Diagramação: Leonardo Lucas - ASCOM/ESP-MG

Impressão: Editora Autêntica

Caderno Saúde Mental / Ana Marta Lobosque (Organizadora)
Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte:
ESP-MG. 2010. v. 3

ISSN: 1984-5359

1. Saúde Mental 2. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
I. LOBOSQUE, Ana Marta II. Título



Caderno Saúde Mental 3

**Saúde Mental:
Os desafios da formação**

Organização:
Ana Marta Lobosque

Seminário

Saúde Mental: os desafios da formação

Comissão Organizadora:

Ana Marta Lobosque

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Denize Armond

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Fabiane Martins

Assessora de Comunicação Social - ESP-MG

Humberto Verona

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Isabela Macedo

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Leonardo Lucas

Designer - Assessoria de Comunicação Social - ESP-MG

Marcelo Arinos Drummond Jr

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Wagner Viana

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental - ESP-MG

Realização:

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG

Apoio:

Conselho Federal de Psicologia-CFP

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
PREFÁCIO	09
INTRODUÇÃO	13
PRODUÇÃO DE SABERES E POLÍTICAS DE VERDADE	17

MESAS

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS BÁSICOS	19
EMENTA	21
DESAFIOS DE DESAPRENDIZAGENS NO TRABALHO EM SAÚDE: EM BUSCA DE ANÔMALOS	
<i>Emerson Merhy</i>	23
A INSTITUIÇÃO DO NOVO: PREPARANDO O TRABALHO COM A COISA MENTAL	
<i>Marcus Vinícius de Oliveira</i>	37
TUDO QUE EXISTE MERECE PERECER	
<i>Silvia Maria Ferreira</i>	47
A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: QUESTÕES PERMANENTES	49
EMENTA	51
A INVENÇÃO COLETIVA DA SAÚDE MENTAL	
<i>Cirlene Ornelas</i>	53
A HOSPITALIDADE E A REDE DE SAÚDE MENTAL	
<i>Fernanda Otoni de Barros</i>	57
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS QUESTÕES PERMANENTES À FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	67
A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: OUSANDO AVANÇAR	91
EMENTA	93
ALGUMAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	
<i>Paulo Amarante</i>	95

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: OUSEMOS AVANÇAR	
<i>Ana Marta Lobosque</i>	107
A FORMAÇÃO COMO COMBATE	
<i>Antonio Lancetti</i>	115

OFICINAS

EIXO TEMÁTICO: ASPECTOS BÁSICOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL . 125

O ENSINO DAS DISCIPLINAS EM SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS DE FORMAR NOVOS TRABALHADORES	
<i>Renato Diniz Silveira e Paula Cambraia de Mendonça Vianna</i>	127
FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Marta Elizabeth de Souza</i>	133
CONTROLE SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CAPACITANDO OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS	
<i>Elvira Lídia Pessoa e João Carlos Vale</i>	137
ESTÁGIOS E ATIVIDADES AFINS: NOVOS CAMPOS DE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL	
<i>Cláudia Maria Generoso, Isabela Melo, Jarbas Vieira, Lorena Melo, Ramon Vieira</i>	143

EIXO TEMÁTICO : A FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL 149

FORMAÇÃO POLÍTICA DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DA SAÚDE MENTAL	
<i>Jaciara Siqueira e Paulo Braga</i>	151
A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL: DOS RISCOS E DAS POSSIBILIDADES	
<i>Tânia Ferreira e Francisco Goyatá</i>	157
EDUCAÇÃO PERMANENTE DE GESTORES: ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	
<i>Lourdes Machado e Thiago Horta</i>	165

EIXO TEMÁTICO: AVANÇANDO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL 171

A UNIVERSIDADE E SEUS PRODUTOS: OUSANDO AVANÇAR EM SAÚDE MENTAL	
<i>Maria Stella Goulart</i>	173
PUBLICAÇÕES EM SAÚDE MENTAL	
<i>Fuad Kyrillos Neto</i>	185
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL	
<i>Jairo de Almeida Gama e Elisa Zanerato</i>	187
PESQUISAR EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES	
<i>Aline Aguiar Mendes e Marcelo Arinos Drummond Júnior</i>	197

APRESENTAÇÃO

“O vento experimenta o que irá fazer com sua liberdade”

Guimarães Rosa

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais publica com alegria o terceiro número do seu Caderno Saúde Mental, alicerçando o compromisso com as permanentes publicações relativas ao campo da Saúde Mental.

Este Caderno traz novas contribuições, seguindo a linha dos números anteriores, qual seja: uma fértil interlocução entre professores, gestores, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares, visando o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A proposta editorial destes Cadernos consiste justamente em promover e divulgar o diálogo entre estes diferentes segmentos. Apoiando ou promovendo seminários, oficinas e outros espaços de encontro dos quais participam todos eles, a Escola empreende, a seguir, a publicação dos trabalhos ali apresentados. Dessa forma, evitamos restringir o debate das questões da Saúde Mental ao âmbito estritamente técnico no qual antigas determinações sociais e históricas procuram mantê-lo, trazendo-o ao âmbito vivo da cidadania, sem prejuízo do rigor teórico e da clareza conceitual.

Por conseguinte, este Caderno, como aqueles que o antecederam, traz contribuições de professores da Filosofia, da Psicanálise, da Saúde Coletiva, da Saúde Mental, de alta qualificação acadêmica e destacada atividade no campo do ensino e das publicações; de trabalhadores e gestores que convivem cotidianamente com os desafios e os avanços da atenção à Saúde, deles possuindo o inquieto conhecimento que apenas através da experiência se adquire; de estudantes que se empenham em trazer para a sua formação as urgentes questões advindas da atenção psicossocial em redes de serviços abertos; de usuários que atravessam a difícil vivência do sofrimento mental sustentando seus direitos de cidadãos, de familiares que os apoiam nesta difícil conquista.

Esta mescla singular possibilita-nos oferecer aos leitores os felizes produtos de uma reflexão que rompe muros; sejam aqueles, mais visíveis e óbvios, do hospital psiquiátrico, sejam aqueles, mais sutis, que impedem a circulação e a ação da palavra no espaço da cidade. Certos de aportar-lhes assim um convite singular, desejamos a todos, carinhosamente, boas vindas!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tammy Claret Monteiro', with a large, stylized flourish at the end.

Tammy Claret Monteiro

Diretora Geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

PREFÁCIO

No prefácio do Caderno de Saúde Mental nº2, lançado em maio de 2009, apresentamos o Grupo de Produção Temática em Saúde Mental, que busca efetivar a concepção de educação permanente sustentada pela Escola de Saúde Pública, através do tripé pesquisa-ensino-serviço

Agora, prefaciando o Caderno Saúde Mental nº3 - *Saúde Mental: os desafios da formação*, este Grupo tem a contar felizes realizações no ano de 2010, e importantes projetos para 2011.

Uma significativa realização consiste no seminário que dá o nome a este Caderno, ofertando as contribuições que o compõem. Nos dias 27, 28 e 29 de maio de 2009, o evento reuniu, entre expositores e participantes, um público ativo e atento, movimentando alegremente salas e corredores da Escola. Da produção então ocorrida, dão testemunho os valiosos textos aqui divulgados.

Uma nova criação, o Espaço Saúde Mental, veio à luz no dia 11 de agosto do mesmo ano. Essa comunidade virtual que dá acesso às aulas e publicações do Grupo, e promove fóruns de discussão sobre temas variados em nossa área, representa nossa primeira incursão na Educação à Distância, abrindo possibilidades várias a explorar. No momento em que escrevemos este prefácio, o Espaço Saúde Mental está sendo remodelado, para tornar-se mais bonito de se ver e mais fácil de acessar.

Sem demora, passamos a outra publicação, a Cartilha Saúde Mental em letras mineiras, lançada em 14 de dezembro de 2009, que nos merece especial carinho. Elaborada em parceria com os usuários, e destinada a eles, a Cartilha tem sido divulgada por trabalhadores do GPT-SM e membros da Associação Mineira dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais -ASUSSAM, em rodas de conversa realizadas com usuários de vários municípios mineiros. Já estivemos em Barbacena, Betim, Nova Era, Nova Serrana, Poços de Calda, Monlevade, São Domingos do Prata, São Joaquim de Bicas, Esmeraldas, Ribeirão das Neves, entre vários outros - e programamos muitas viagens ainda, “levando estas letras mineiras a muitos olhos e muitas mãos”.

Seguiu-se uma das nossas mais importantes conquistas: a Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Elaborado em parceria com a Secretaria Municipal de Betim, o projeto foi aceito, em fevereiro deste ano, pelos Ministérios de Saúde e Educação; após um concorrido processo seletivo, as atividades se iniciaram no dia 10 de agosto. Partilhamos orgulhosamente esta conquista com todos os companheiros da Reforma Psiquiátrica do Brasil e de Minas - assim contribuindo, estamos certos, para fazê-la avançar.

Importa ressaltar: trata-se da primeira Residência Multiprofissional em Saúde Mental que oferece aos residentes passagem por todas as linhas de cuidado na rede de atenção em Saúde Mental – CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) tipos III, II e I, CAPSi, atenção básica, centro de convivência, moradias protegidas - prescindindo inteiramente do recurso ao hospital psiquiátrico como cenário de ensino. Faculta-nos tal superação a parceria com o município de Betim, cuja rede de Saúde Mental é construção histórica da Reforma Brasileira. As quatro residentes - uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional - desempenham suas atividades práticas na rede betinense, sob a supervisão de preceptores que ali atuam, e com o apoio das equipes locais. Além disso, todas as quintas-feiras, a Escola recebe alegremente residentes, preceptores e trabalhadores do município, para os seminários teóricos, supervisões e reuniões clínico-institucionais. Nessas atividades, vimos discutindo, de forma viva e participativa, tanto os aspectos teóricos da construção das redes, das práticas que aí se realizam, dos aspectos históricos e antropológicos do sofrimento mental, quanto os casos clínicos e as situações concretas que nos permitem melhor compreender as questões da rede local, ajudando a buscar respostas e saídas face às suas dificuldades.

Uma outra novidade encontra-se nas oficinas cujo tema é a atenção aos cidadãos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas - tema relevante e pouco trabalhado, cujo desafio decidimos enfrentar. São 6 oficinas mensais, da qual participam componentes da rede de Saúde Mental de 18 municípios mineiros de pequeno, médio e grande porte, visando garantir e aprimorar o atendimento a estes usuários nas redes do Sistema Único de Saúde.

Nem só de novas invenções, porém, se vive: demos prosseguimento a iniciativas anteriores, que prezamos igualmente. Dentre elas, destacam-se as Oficinas para Gestão em Saúde Mental, que subsidiam 120 participantes, entre coordenadores de serviços e referências técnicas da área, contemplando as 13 macrorregiões de todo Estado na construção de redes locais e regionais de Saúde Mental. Complementam esta ação educacional as Oficinas de Produção de Artigos Científicos sobre o mesmo tema, cuja produção esperamos em breve divulgar.

Atentos à articulação política necessária ao nosso trabalho, temos participado das diversas instâncias representativas do controle social em nosso Estado: presentes nas Comissões Estadual e Municipal de Reforma Psiquiátrica, participamos também da Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde Mental. Realizou-se na ESP-MG, como construção conjunta de numerosos colegas de outras instituições, a Primeira Plenária do Coletivo de Docentes e Discentes de Saúde Mental do Estado, realizada nos dias 14 e 15 de abril deste ano, cujo produto foi levado às Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental. Apoiamos a realização do Seminário *Saúde Mental: Marcos Conceituais, Campos de Prática*, promovido pelo mesmo coletivo que deu impulso à Plenária.

Balço feito das atividades de 2010, há que apresentar nossas ideias e expectativas para 2011. Os numerosos e variados projetos refletem nosso compromisso, sempre firme, com a formação em Saúde Mental.

Um ponto de grande importância estratégica é a continuidade, avanço e ampliação na formação de residentes. Pretendemos – e já empreendemos gestões neste sentido - dar continuidade à Residência Multiprofissional, e articulá-la com uma Residência de Psiquiatria, constituindo a realização inédita de Residências Integradas em Saúde Mental no âmbito das redes substitutivas ao hospital psiquiátrico. Sabemos bem que uma tal proposta é um grande desafio político e conceitual, que não se viabiliza sem grandes oposições ou dificuldades; reiteramos, contudo, nossa disposição em enfrentá-lo decididamente.

Um outro ponto importante consiste no prosseguimento e ampliação das nossas Oficinas. Após a conclusão, em março, da primeira série das Oficinas de Gestão, planejamos a realização de uma nova série, cuja qualidade certamente há de aprimorar-se a partir da primeira experiência; o mesmo vale para aquelas que abordam o tema Álcool e Outras Drogas. Encontra-se já em andamento a elaboração do projeto de Oficinas de Atenção à Criança e Adolescente, que requer, certamente, especial atenção. Pretendemos ainda retomar as Oficinas de Modelagem de Rede em Saúde Mental iniciadas em 2008, em Uberlândia: elas devem agora envolver toda a microrregião na qual se localiza o município-polo.

Pretendemos também dar continuidade à participação nas Comissões de Reforma Psiquiátrica Municipal e Estadual; às rodas de conversa que divulgam a cartilha dos usuários da Saúde Mental; desejamos empreender novas parcerias com usuários, conselheiros, estudantes, militantes da Saúde, apoiando sempre o exercício democrático do controle social. Ainda, a realização de mais um seminário e a publicação dos Cadernos Saúde Mental 4 e 5 são também parte preciosa dos planos para 2011, visando envolver sempre novos atores no debate da Saúde Mental, e divulgar amplamente suas produções.

Naturalmente, a efetivação de tantos projetos passa por fatores alheios à nossa vontade. A mudança da gestão em Minas e no país, produto do jogo democrático, traz uma nova conjuntura que nos cabe aguardar com serenidade. Estamos cientes de que a continuidade dos projetos hoje existentes e a implementação dos demais aqui elencados não estão dadas de antemão. Nunca o estariam, de qualquer maneira; não apenas mudam os governos, mas também, ainda quando não mudam, variam as correlações de força que os sustentam, e as alianças com as quais se compõem. Sejam estas quais forem, eis aquilo de que estamos certos: permaneceremos ao lado da força crescente e viva dos movimentos sociais - e, nomeadamente, do movimento antimanicomial.

Se não podemos pois, assegurar estes ou aqueles propostas e projetos para o ano vindouro, cabe-nos todavia sustentar com firmeza os princípios que regem nosso trabalho: o empenho num novo e fértil modelo de formação, e a parceria com os trabalhadores, estudantes, usuários e familiares que nos ajudam a concebê-lo e torná-lo real.

O leitor saberá supor as dificuldades enfrentadas e o grande esforço requerido para sustentar as atividades aqui descritas, e, mais ainda, para dar-lhes seguimento e ampliação. Contudo, dificuldades e esforços têm sido generosamente validados pela intensa produção que deram à luz. Agradecemos o apoio da Direção e da Superintendência de Educação desta casa, nas pessoas de Tammy Claret Monteiro e Thiago Horta, respectivamente; e as contribuições dos colegas de diferentes setores da ESP-MG, sem o qual não seria possível o nosso trabalho. Manifestamos ainda nossa gratidão pelos laços de companheirismo e solidariedade que nos reúnem, a nós, participantes do GPT-SM, em tantos e tão queridos empreendimentos.

Agora, cabe comemorar: lançamos, com prazer, o Caderno Saúde Mental nº 3. Mais um ano, mais um seminário, mais um caderno - mais histórias entre tantas, difíceis de escrever, certamente, porém ainda mais difíceis de apagar, uma vez escritas. A todos os que delas desejam participar: sejam bem vindos!

Ana Marta Lobosque

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Introdução ao Seminário

SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO

No campo da formação, encontram-se hoje alguns dos maiores desafios colocados para a Reforma Psiquiátrica. Por tal razão, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG, através de seu Grupo de Produção Temática em Saúde Mental, realiza este Seminário.

A formação não acompanhou as significativas transformações ocorridas nas últimas três décadas no panorama da Saúde Mental: desconsidera ainda as práticas de cuidado e convívio que hoje oferecem suporte à grande maioria dos brasileiros portadores de sofrimento mental. Quais as razões desse descompasso?

Algumas delas se podem encontrar na forma mesma pela qual nasceram e tomaram corpo as práticas antimanicomiais. Por um lado, a segregação e os maus tratos nos hospitais psiquiátricos não foram denunciados através de proposições científicas, e sim pela coragem e determinação daqueles que os conheceram de perto. Por outro lado, a criação de redes substitutivas ao hospital psiquiátrico tampouco se pôde fazer a partir de referenciais teóricos: como utilizá-los, se as imprevistas questões do cuidar em liberdade não encontravam neles formulação ou registro? Ainda, a luta política foi constitutiva de todo esse processo, pela organização de um forte movimento social.

As transformações propostas por esse movimento, portanto, não se limitam à racionalização ou aplicação criteriosa de recursos, à modernização das técnicas, à humanização dos cuidados. Trata-se sobretudo da ruptura com todo um ideário de normatização e controle, buscando dar às singulares experiências da loucura direito pleno de cidadania.

Nesse processo, torna-se necessário pensar o lugar da ciência no mundo contemporâneo. Ora, indagações de tal gênero não se podem fazer nos termos da ciência mesma: partem das produções da cultura, em que afetos e desejos,

ideias e imagens, ficções e fantasias tecem laços com a arte e a criação. Tais produções não se autorizam por regras institucionalmente definidas, e sim por seus próprios efeitos vitais no espaço social onde tiveram origem.

Os saberes assim nascidos teriam então um caráter basicamente empírico e intuitivo, sem relação com o âmbito do conceito? Não nos parece. Nessa trajetória, o estudo, a leitura, a reflexão têm sido de grande importância: a percepção da fragilidade dos discursos pretensamente científicos sobre a “doença mental” é inseparável da busca de referências teóricas mais complexas e férteis para a sua abordagem.

O aprendizado junto aos chamados loucos certamente busca entrar em relações com o campo conceitual, em supervisões, seminários, pesquisas, publicações e atividades afins. Contudo, os traços que conferem originalidade a esses novos conhecimentos são os mesmos que dificultam seu trânsito nas instituições de formação: a indispensável ancoragem na experiência, a legitimação pelo exercício cotidiano, a recusa das pretensões tecnicistas, o reconhecimento dos usuários como atores políticos e sociais.

Daí os desafios que se colocam para o avanço, a formulação e a transmissão de tais saberes. Caso se submetam docilmente aos cânones da produção científica formal, perdem a contundência crítica e a potência inventiva que os singulariza. Entretanto, se permanecem isolados, em cômoda satisfação com a própria marginalidade, acabam por empobrecer-se, comprometendo o futuro da audaciosa empresa que os gerou.

Em Minas, a abordagem dos desafios no campo da formação deu um importante passo através do *Seminário Reforma Psiquiátrica e Universidade: interrogando a distância*. Organizado por estudantes universitários da área da Saúde, o evento efetuou com rigor a interrogação a que se propunha. Seus produtos, compondo o Caderno Saúde Mental n.º 2 da ESP-MG, oferecem um valioso subsídio para o nosso trabalho.

O debate aqui proposto não pode consistir em denúncias de lacunas, faltas e falhas: deve fazer-se propositivo, de forma tal que a análise dos desafios em causa nos conduza de fato ao seu enfrentamento.

É preciso intervir nas bases da formação, propiciando a alunos e professores do curso médio e da graduação, a gestores, usuários, familiares, conselheiros de Saúde e outros interessados o acesso a noções minimamente necessárias à sua atuação. A educação permanente requer atenção, oferecendo a todos os segmentos já envolvidos no trabalho em Saúde Mental condições necessárias

para pensá-lo ativamente. A promoção de pesquisas, publicações, dissertações, teses, que respeitem e problematizem as experiências em curso visando ao seu avanço, é um terceiro aspecto, até hoje pouco discutido.

Esses três aspectos da formação serão tratados nas três mesas-redondas, desdobrando-se nas oficinas que as sucedem. A consideração das peculiaridades dos saberes não instituídos, a análise dos regimes de produção de verdade em nossa sociedade, o exame das políticas públicas de educação e saúde, temas inicialmente abordados na conferência, constituem o pano de fundo que nos deve acompanhar ao longo de todo o seminário.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, reafirmando seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica, dá as boas-vindas a todos vocês.

Comissão Organizadora do Seminário

PRODUÇÃO DE SABERES E POLÍTICAS DE VERDADE

O exame das questões próprias à formação em Saúde Mental deve fazer-se a partir de uma perspectiva mais ampla: aquela das políticas de verdade que regem a produção e a transmissão dos saberes numa sociedade dada. À fé numa neutralidade do conhecimento científico, produzindo evidências supostamente irrefutáveis, há que contrapor uma interpelação crítica daquilo que se julga evidente, levando em conta a quem convém e em quais relações de forças se inscreve. Se a verdade pode entender-se como objeto a ser buscado lá onde estaria desde sempre, através de seu progressivo desvelamento pelo saber, cumpre pensá-la como produção de um jogo bem mais complexo, no qual as perguntas feitas participam da determinação das respostas encontradas.

Nessa ótica, cumpre avaliar as políticas públicas de educação, ciências, tecnologia. Tais políticas asseguram aos cidadãos uma escolaridade básica de qualidade? Propiciam equidade no acesso à formação superior? Definem áreas e temas de pesquisa segundo os interesses da população? São receptivas ao controle social ao definir e implantar suas metas? Democratizam o acesso às informações e aos recursos tecnológicos que as disponibilizam? Tais perguntas, elementares, são necessárias face a um cenário no qual frequentemente a escolarização é reduzida a rudimentos precários, a formação universitária banalizada pela proliferação sem controle das instituições de ensino, as pesquisas e publicações determinadas por interesses privados e corporativos.

A determinação de critérios universalmente definidos para o reconhecimento da produção científica, certamente necessária, enfrenta sempre o risco de empobrecer seus objetos, ao unificar a linguagem pela qual os aborda. Na área da Saúde Mental, esse problema se manifesta, por exemplo, nos novos códigos internacionais de doença e compêndios psiquiátricos que os acompanham. Um outro exemplo diz respeito ao pouco espaço encontrado para a transmissão de disciplinas de conteúdo discursivo mais denso, como é o caso da psicanálise.

Contudo, não é preciso restringirmo-nos a uma determinada área de saber, ou nem mesmo ao campo científico: a simplificação excessiva da linguagem é um fenômeno contemporâneo, que, visando facilitar a comunicação e as trocas, acaba por empobrecer tanto a apreensão do mundo quanto a subjetividade que o percebe. Nesse enquadre, o avanço tecnológico das comunicações, precioso instrumento para o intercâmbio de informações, notícias, conhecimentos, artes, arrisca-se também a servir um utilitarismo banal.

Como promover uma produção de conhecimentos que não sirva a fins exclusivamente pragmáticos, e sim enriqueça o mundo humano? Como praticar uma atividade intelectual que exercite e desafie o pensamento, sem limitar-se à sua aplicação meramente instrumental? Como associar clareza e precisão, sem excluir o singular e o complexo? Como democratizar o acesso aos saberes científicos em particular e às produções da cultura em geral, sem denegar o que é difícil, problemático e ambíguo em sua constituição?

Questões como essas - difíceis, certamente, porém claramente formuladas - guiam-nos no trabalho deste Seminário.

Grupo de Produção Temática em Saúde Mental



Mesa redonda

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS BÁSICOS

**Desafios de desaprendizagens no trabalho
em Saúde: em busca de anômalos**

Emerson Elias Merhy

**A instituição do novo: preparando o trabalho com a
coisa mental**

Marcus Vinícius de Oliveira

Tudo que existe merece perecer

Sílvia Maria Ferreira

Ementa

Quando da abertura dos novos serviços de Saúde Mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, a alegria e o empenho de trabalhadores, usuários e familiares, aliados ao respaldo de um movimento antimanicomial organizado, propiciaram a experimentação de práticas inovadoras na abordagem do sofrimento mental. Num momento cultural e político bem diverso do que vivemos hoje, todos os envolvidos nesse trabalho lançavam-se, sem temor ou cansaço, às surpresas de um movimentado dia a dia: encontravam para as situações difíceis ou inusitadas da loucura novas saídas, que as portas fechadas dos hospitais psiquiátricos até então lhes proibiam pensar.

Ao longo desse percurso, os trabalhadores adquiriram experiência e maturidade; os usuários encontraram melhores maneiras de enfrentar seu próprio sofrimento; as famílias passaram a compreender e valorizar as propostas do tratamento em liberdade; as cidades aprenderam a conviver de forma mais solidária com esses singulares cidadãos.

Ora, construído todo esse importante aprendizado, encontram-se, todavia, grandes entraves à sua transmissão.

Os estudantes continuam a obter na escola, seja no nível técnico ou universitário, apenas os conhecimentos constituídos no enquadre do antigo modelo: uma psicopatologia baseada na discutível “apresentação de enfermos”, uma psicofarmacologia que se crê autossuficiente, uma clínica ordenada em torno da consulta e dos consultórios. Por outro lado, o ensino e a discussão das políticas públicas de Saúde e Saúde Mental são praticamente omitidos, quando as escolas preparam seus alunos para atender a uma determinada classe social, e não a todos os cidadãos do seu país. Tudo se passa como se essa perspectiva fosse a única existente e possível, elidindo tantas outras que se desenham no Brasil e no mundo.

Não apenas os estudantes se ressentem dos efeitos desse silêncio. Também seus professores, quando alunos, os sofreram; como poderiam agora transmitir uma experiência que não os tocou? Perpetua-se, pois, um círculo vicioso, resultando na chegada à rede de trabalhadores despreparados para a tarefa que os espera.

Ainda, cumpre examinar os aspectos básicos da formação, considerando também outros atores. Os usuários e seus familiares, que outrora se faziam presentes sobretudo pela via da denúncia e do depoimento pessoal, querem agora formular críticas mais precisas sobre as políticas públicas, legislações,

redes de atenção. Os conselheiros de Saúde muitas vezes não têm acesso a noções elementares nessa área, necessárias ao exercício do controle social. A formação dos gestores, insuficiente sob vários aspectos, é precária no que diz respeito à Saúde Mental. Novas estratégias do trabalho em Saúde, como os Programas de Saúde da Família, levam a repensar a formação básica dos generalistas, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem, agentes comunitários de Saúde. Deve-se também considerar a demanda de outros profissionais crescentemente solicitados pela Saúde Mental, como é o caso dos profissionais do Direito. Finalmente, é preciso levar informações e debates à sociedade civil, interessando-a em questões que também lhe dizem respeito.

Já não se pode admitir que o ensino básico sobre a Saúde Mental, seja qual for o público ao qual se destine, desconsidere realizações que hoje se oferecem generosamente à maioria da população brasileira. Uma análise crítica dessa situação e a busca de formas de superá-la é o que se espera desta mesa redonda.

Comissão Organizadora do Seminário

DESAFIOS DE DESAPRENDIZAGENS NO TRABALHO EM SAÚDE: EM BUSCA DE ANÔMALOS

Emerson Elias Merhy¹

Aprender a desaprender para apreender, em interseção que viver é uma perspicácia na produção da diferença no interior das repetições

Introdução

O material que se segue é produto da junção de um texto que preparei antecipadamente para o evento junto à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e minha fala em ato na mesa que participei. Fiz uma edição de incorporação. Esta primeira parte é baseada na minha fala, e depois vem o texto que produzi.

Minha fala partiu da constatação de que iria me remeter a diferentes tipos de experiências que vivi dentro da universidade, mas sem deixar de lado minha longa inserção, que se mantém até hoje, junto às redes de cuidado em Saúde e nos serviços de diferentes ordens, inclusive incluindo algumas experiências em Saúde Mental.

Desses lugares, a primeira coisa que eu gostaria de pautar, e que já faz parte de algumas produções minhas, é o reconhecimento de que não há nenhum tipo de privilégio no campo da universidade, ou nos reconhecidos territórios formais de formação, em relação à questão da produção de conhecimento ou à questão da construção de situações nos processos de educação e formação, quanto ao mundo do trabalho no cotidiano das redes de cuidado. Quero dizer

1 - Coordenador da linha de pesquisa Micropolítica do trabalho e o cuidado em Saúde da UFRJ.

com isso que já temos discutido e defendido claramente a ideia de que a riqueza que existe a partir da construção daquele mundo nas várias redes de cuidado é absolutamente imponderável. Nós não temos noção nem do tamanho nem da quantidade de coisas que são produzidas efetivamente ali. O que nós sabemos é que a publicidade, no sentido de tornar público, do que se faz é muito pequena.

Então, se você é capaz de fazer um levantamento do registro formal de conhecimento produzido, quase chega à conclusão de que a Fiocruz, por exemplo, é um dos templos da maior produção de conhecimento desse país, ou mesmo que quase não há experiências nessa direção no mundo do trabalho nas redes de cuidado. Aponto isso como um processo paradoxal que deve nos chamar a atenção, e não para analisar a Fiocruz em si, pois a utilizo somente como elemento analisador exemplar.

Entretanto, é só procurar nas várias instituições que formalizam os lugares de produção de conhecimento e você terá esses mesmos indicadores reais. E aparece para todos nós que é aí que se produzem os conhecimentos válidos, consolidando uma imagem de que esses lugares são aqueles onde o conhecimento efetivamente é conduzido e consolidado.

Queria marcar isso como uma primeira questão chave.

Porém, ledo engano esse nosso, na medida em que efetivamente, no Brasil em particular isso é muito forte, as redes de serviços são fontes inesgotáveis de produção sistemática de novos conhecimentos. Novos conhecimentos e práticas.

Nós precisamos pensar nisso, problematizar isso. Precisamos pensar significativamente nessa dificuldade que temos de dar visibilidade a esse mundo. Como dizem alguns pensadores: não é dar a visibilidade do que já existe de baixo do tapete, ou seja, só desocultar. Mas trata-se de dar visibilidade produzindo um novo visível, resultado de uma nova forma de olhar. Ou seja, nós temos que tomar isso como uma grande questão. Não é que esse conhecimento já esteja consolidado e formalizado para ser publicizado, no sentido de que já está debaixo do tapete e basta desocultá-lo. Não: na realidade, há que se fazer um esforço gigantesco de produção em relação à consolidação daquilo que, no cotidiano, sistematicamente, os coletivos de trabalho operam em termos de construção de novos conhecimentos e práticas, ordená-los, para publicizá-los.

A segunda grande questão que me interessa traduziria com a seguinte imagem: há que agir no campo da produção das anomalias ou dos anômalos no campo da formação; e rapidamente entenderão por que eu falo isso. Acho que

é algo imensamente desafiante, para o qual não temos tido boas respostas. Vou me explicar. Ao que temos assistido formalmente no campo da formação? Vou pautar dois grandes analisadores.

Nós temos assistido a uma aposta profunda, e no Brasil isso é muito relevante, no campo das profissões. Isso vai num crescente interesse de observar, mas olhando para um dos seus efeitos fundamentais, pois vem se consolidando paripasso com uma intensa fragmentação dos núcleos de saber, de uma intensa fragmentação nos processos de disciplinarização e numa intensa fragmentação na própria construção das práticas nas redes de cuidado. Essa aposta gigantesca no campo das profissões deixa marcas interessantes e importantes diante do que eu estou nominando como a necessidade de produção de anômalos.

O outro analisador que me interessa destacar é uma outra grande aposta, no campo da formação, na construção de trabalhadores de Saúde, em particular no ensino universitário, que se pautam no mundo da rede de cuidados, pela ideia de um forte centramento nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega ao mundo do cuidado, o usuário, como seu objeto de ação. E isso tem construído uma forte imagem de processos subjetivantes na construção de trabalhadores, nas práticas formais de formação, que se julgam verdadeiros cientistas a manipular seus objetos, além de portadores de discursos científicistas do saber no campo da Saúde e de proprietários exclusivos sobre esse saber de alguns em relação aos outros.

Dentro dessas lógicas, apontadas pelos dois analisadores, o mundo do cuidado tem sido visto como sendo o lugar da aplicação dessa cientificidade pelos considerados profissionais de Saúde, no qual, alguns trabalhadores de posse dessa ciência adquirem legitimamente, no plano social, o direito de intervir sobre os outros, despossuídos.

Esses componentes são chaves naquilo que coloco como a produção do anômalo, cuja imagem nos remete aos que saem, fogem das normas. E é por isso que estou “brincando” com essa ideia da produção do anômalo. Porque, quando nós vivenciamos as nossas expectativas e as nossas experiências nas redes que se propõem a desinstitucionalizar as práticas predominantes de Saúde, através de novas experiências de cuidado, procuramos incorporar trabalhadores que fugiram às regras oficiais, instituídas, de modos hegemônicas, da formação. Procuramos os anômalos, os que fogem às abordagens fragmentadas e sobre os outros.

Pois no fundo nós apostamos nessas experiências, na conformação de

trabalhadores que deveriam, primeiro, se submeter à presença do outro, ou seja, trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados. Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro, poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado. Essa perspectiva de ter um trabalhador que se posicione para ser afetado pela presença do outro é uma anomalia em relação a estratégias de formação que eu aponte antes. Por quê? Porque essas estratégias tomam como territórios instituídos exatamente a construção dos núcleos profissionais e dos saberes e ciências como algo que não deve ser exposto ao afetamento, ou ao efeito da presença do outro, na medida em que o outro, perante esses núcleos profissionais e perante esses saberes, deve ser um mero objeto. E objeto, nessa concepção, não afeta. Ao contrário, ele deve ser manejado, ele deve ser manipulado.

Então, há algo nessa expectativa, quando olhamos as apostas na construção das práticas que nos interessam, que é o desejo de uma anomalia. O seja, é o desejo de que, no interior dos processos institucionalizados, onde construímos grandes investimentos sociais para a formação desses trabalhadores para que eles deem certo, a formação dê errado.

Essa expectativa é o que eu estou chamando de produção do anômalo. Ou seja, temos algo a conversar sobre essa questão. Como é que nos interessa conduzir a construção de anômalos? Por quê? Porque não nos interessa aqueles que são formatados - a palavra "formatar" é muito adequada, a isso tudo. Foram formatados pelas estratégias de formação profissional e pela condução do saberes científicos que pouco têm permitido conduzir as relações no mundo do cuidado. Isso, para mim, é chave para podermos pautar uma reflexão do que eu chamaria de aspectos básicos da formação em qualquer área do campo Saúde e que constituam apostas de construção de anomalias profissionais.

Estou colocando que estamos diante da necessidade de condução desses analisadores como possibilidade de dispositivos de intervenção no território do mundo onde o processo de formação ocorre. Ou seja, como é que podemos pensar a construção de dispositivos produtores de anômalos? E esse processo de condução de dispositivos de produção de anômalo deveria ambicionar todos os territórios de formação, inclusive aqueles legitimados como acadêmicos.

Sabemos das dificuldades desse tipo de processo, e sabemos das dificuldades que temos vivido quando construímos uma aposta tão ampla, como, por exemplo, na Reforma Psiquiátrica, na luta antimanicomial de uma maneira geral, independente das várias estratégias ou das várias correntes que aí habitam. E

sabemos como é difícil para todos nós operar a construção do cotidiano sem contar com a produção de mecanismos que eu estou chamando de produção de anomalias.

Temos tido sérias dificuldades na medida em que certos núcleos profissionais têm conseguido conduzir terapêuticamente grandes controles sobre a produção das suas anomalias. Eu nominaria que, hoje, o território de formação psiquiátrica é um território muito forte. Parece que eles desenvolveram, e fazemos jus a isso, com a ajuda de alguns medicamentos, a possibilidade de controlar a própria formação psiquiátrica, porque o número de psiquiatras anômalos tem sido precário. Então, parece que eles estão conduzindo muito bem as suas estratégias de controles de anomalias no seu território profissional. Isso tem que nos chamar a atenção; afinal, não faremos aprofundamentos no campo que nos interessa, o da Reforma, sem conduzirmos não só uma estratégia societária ampla de derrotar o que se produziu em torno da loucura nesses séculos, mas também de conduzir de uma forma ampla a derrota dessas estratégias de consolidação que o saber científico e os lucros profissionais têm conduzido de uma maneira absolutamente exitosa. E, no campo dessas lutas, temos que ordenar não só a construção de novos equipamentos do ponto de vista das perspectivas de cuidado, de novas redes, mas também ordenar para o interior dessas redes a possibilidade de que elas sejam profundamente invasoras.

Para isso, procuro adiante trazer um conjunto de elementos sobre o mundo do trabalho no cuidado em Saúde que possam dar concretude às apostas desse tipo.

Atrás de elementos produtores de anômalos

Parto da ideia de que o mundo do trabalho é um território em produção habitado por multiplicidades, repetições e diferenças, e, como tal, deve ser pensado através de imagens e não por representações. Ou seja, não há a possibilidade de ser captado em sua totalidade, pois não se constitui como tal; e, assim, só pode ser visado angulosamente, por pedaços e por momentos. Pedaços construídos como espaços recortados, intencionalmente interessantes para quem os realiza; momentos que podem registrar um dos muitos tempos que o habitam.

Nessa direção, irei tratar do mundo do trabalho nas redes de cuidado em Saúde através de algumas imagens que possam trazer para a cena elementos da complexidade desse mundo, sem tentar dar conta de um arcabouço que se sinta plenamente satisfeito com o que for feito. Mas só como uma certa oferta de

possibilidades de chegada nesse lugar como um de seus habitantes, que quer se ver ali nas suas implicações, naquele lugar em que não há como separar “o joio do trigo”, em que não é mais possível não se ver como constituinte e constituído nesse mundo.

Essa oferta é feita com a intenção de ajudar a abrir para cada um de seus habitantes um “olhar” de si como múltiplos, repetidos e diferentes, considerando a impossibilidade de só se agir sobre, pois está atado a uma exigência: que aja com e nesse mundo, junto com todos os habitantes que ali encontrar, que ocupam, também, como múltiplos, repetidos e diferentes as mesmas possibilidades de potência de produção desse mundo na sua repetição e diferenciação. Desafio que, visto do lugar da educação, pode pautar a possibilidade de entendê-la também como desaprendizagem.

As imagens que utilizo para avançar e esclarecer essas intrincadas questões são:

O mundo do trabalho é lugar de captura

Não surpreende ninguém constatar que nas atividades produtivas de qualquer tipo - cozinhando, fazendo móveis, uma consulta médica, uma ação burocrática, escrevendo um livro, entre outras - o trabalhador está submetido a uma certa normatividade que se antepõe a ele no momento do ato produtivo. Sem certos instrumentos de trabalho, sem certas matérias primas, sem uma certa forma de fazer, por aí vai, não se chega no final do ato produtivo; e, de alguma maneira, sem uma certa “antevisão” da própria atividade também não. Saber o que se quer produzir é dado no ato.

No mínimo, por isso é que se diz que o mundo do trabalho é um lugar de captura de ações produtivas do trabalhador, pois ele está inserido nesses vários “dados” a *priori* para fazer sua atividade produtiva; e, sem dúvida, ficar atento às infinitas situações possíveis no mundo humano permite ver muito mais possibilidades de construções de capturas a que se está submetido como trabalhadores, e pode-se mapear o quanto de repetição tem entre todos que estão no interior dele. Será essa a única e definitiva marca desse mundo?

O mundo do trabalho é lugar de liberdade

Também não se tem muita dificuldade em perceber que em todo ato produtivo existe um certo jeitinho de quem está trabalhando na hora da atividade produtiva. Mesmo em processos produtivos muito normatizados, como aqueles em que o

produto é “único” e define o rumo dos atos produtivos, olhando bem de perto, percebe-se que há variações no modo de agir na hora da atividade produtiva dependendo de quem é o trabalhador que está realizando aquela atividade.

Não são poucas as evidências de que, mesmo em fábricas bem normatizadas, a liberdade de agir do trabalhador, como que um certo escape dessa excessiva normatização, muita vezes é o que possibilita a chegada do processo produtivo a bom termo. O que obriga a um reconhecimento de que, mesmo em situações muito “fechadas”, pelo menos o cálculo humano e a construção de caminhos estratégicos, como atividades mentais em ato para a ação, são sempre elementos-chaves.

Isso é bem mais forte em processos produtivos mais abertos, nos quais se tem dificuldade em ter um único formato para o produto final, como, por exemplo, em processos produtivos da área de serviço que se realizam através do encontro de “indivíduos” nos quais o produto final depende claramente de quem compõe o encontro, mesmo que tenha a presença evidente de muitas normas a serem seguidas.

Os campos de práticas da Saúde e da educação são bons exemplos da evidência e da importância dessa fissura de liberdade que há no mundo capturante dos processos produtivos. Como será que essa tensão entre captura e liberdade opera ou abre desafios para quem se debruça sobre os processos produtivos? Talvez chegar um pouco mais de perto na dinâmica do trabalho possa ajudar.

O mundo do trabalho é habitado pela tensão entre o trabalho morto e o trabalho vivo

Quando se está na realização de um processo produtivo, há a presença de componentes de natureza bem distintas, entre os quais vale destacar aqueles que entram nesse processo como produtos de um trabalho anterior. Esse é o caso de uma máquina, de um conhecimento que o trabalhador já tem e usa para o seu trabalho, das regras que há na organização desse trabalho, que são produzidos por processos produtivos anteriores e se apresentam agora já como produtos. Esses produtos que estão em um processo produtivo como um elemento meio para serem utilizados nele são denominados de componente trabalho morto (TM) desse processo. Isso distingue-os do componente que compõe o ato ao vivo dos trabalhadores – o componente trabalho vivo (TV) do processo produtivo - que está nesse processo e sem o qual o outro não tem sentido nenhum, não “age” produtivamente.

Todo conjunto de atos produtivos carrega em si uma tensão constitutiva entre

os componentes TM e TV, pois as possibilidades de uso do componente TM são limitadas (uma máquina que fabrica uma certa peça não consegue produzir outra) e as do componente TV são mais abertas, pois os trabalhadores, na forma em ato de utilizar o TM, podem dar outro sentido para esse componente. Isso é mais evidente quanto “menos material” for esse componente TM, como é o caso do conhecimento como elemento meio de um processo produtivo, que pode ser manejado pelo TV em ato do trabalhador de modos muito abertos.

Assim, também vale a pena distinguir elementos materiais mais duros (as máquinas, as estruturas físicas) dos materiais mais leves (conhecimentos tecnológicos) e outros mais leves ainda (os que só se apresentam para o processo produtivo no ato do TV). Olhar e mapear os processos produtivos pela composição e arranjos desses componentes e elementos, e as formas como se articulam para funcionarem produtivamente, permite-nos “ver” tensões e disputas operando no cotidiano dos processos produtivos e dos jogos de captura e liberdade que os habitam; além de abrir uma certa noção de que há processos produtivos mais permeáveis à presença do TV em ato do que outros. É esse o caso dos trabalhos na Saúde, produtores de cuidado, e, na educação, produtores de “formação”.

O mundo do trabalho é polifônico e polissêmico

Perceber a presença de muitas vozes ali no cotidiano do trabalho é algo que não parece muito difícil se ficarmos bem atentos à quantidade de ruídos que são produzidos em qualquer processo produtivo. Considerando o ruído como uma expressão de “desencontros” na busca de processos comunicativos entre os que compõem uma organização produtiva, há vários exemplos que podem exemplificar como essa produção de ruídos é presença permanente de qualquer “ambiente” organizacional, na base do qual agem tensamente TV e TM e muitos atores / sujeitos da ação.

Um dos mais evidentes são os ruídos produzidos pelos agentes organizacionais nas formas de ocupação e ação dos espaços formais e informais que existem; aliás, esses ruídos são mais do que isso, ao se ver que os espaços informais são abertamente produzidos pelos agentes, com seus trabalhos vivos em ato, como que fundando permanentemente ações de governos paralelos em relação àquelas que se realizam nos espaços formais de uma organização.

Mapear a existência e a invenção de espaços informais e os sentidos que são produzidos neles é uma boa forma de enxergar o quanto polifônico e polissêmico é o mundo do trabalho. E o que isso nos indica? No mínimo que esse mundo

tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente, e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido. Somado esse mapeamento ao anterior, pode-se aproximar da noção de quanto o mundo do trabalho é cartográfico, dependente dos modos e maneiras de agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos nos seus encontros; e, como tal, construtor tanto de espaços de liberdade onde há captura, quanto de novos sentidos onde há forças com ambições unicistas.

O mundo do trabalho é habitado por disputas micropolíticas e tecnológicas

Quando está acontecendo o ato produtivo, há produção de encontros de muitas ordens, muitos dos quais são inclusive imprevisíveis, criando desafios para o agir em ato operado pelo trabalho vivo. Há também muitos encontros previsíveis e obrigatórios para que certas intenções dos atos produtivos se realizem. Por exemplo, no mundo da produção do cuidado, há que se realizar essa intencionalidade portada a *priori* tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário do seu trabalho; bem como, nesse encontro entre trabalhador e usuário ou entre trabalhador e trabalhador para operar essa produção, - previsível e que dá sentido para esse tipo de trabalho - há a produção de situações em ato nos encontros, com jogos de relações de poder entre todos que abrem o agir para imprevisibilidades, que não podem ser manejadas a não ser em ato, e, portanto, pelo trabalho vivo em ato de cada um e de todos ao mesmo tempo, como um grande acontecer.

A multiplicidade habita esses encontros e convive com a previsibilidade. Nessa cartografia dos encontros, nas suas tensões entre o que tem que ser e o que pode ser, o mundo do trabalho torna-se lugar produzido e em produção. Nesse movimento, aponta-se como elemento importante a ser mirado a tensão entre um agir tecnológico, no qual está dada a intenção final do ato, e as ações produtivas que devem seguir um sentido dado para a produção, e um outro agir que só se define no imediato do acontecimento do encontro e no qual não há saber a *priori* - ou seja, não há TM já dado em geral - que consiga determiná-lo ou mesmo definir uma chegada dada a *priori*, como no anterior.

Como consequência disso, não há mundo do trabalho que não seja uma disputa permanente entre lógicas produtivas e, mais, não há mundo do trabalho em que essa disputa possa ser anulada, o que exige sempre o manejo de muito poder por parte de quem quer impor uma única lógica para o mundo produtivo.

E, ainda, quanto mais habitado por muitos e distintos tipos de operadores produtivos, mais aberto a tensões e disputas esse mundo se encontra. Por isso, os mundos da produção do cuidado e da formação são sempre à flor da pele.

Deve-se ficar atento também ao que acrescentam nesse tipo de mundo as disputas que os usuários podem operar. Quando os usuários se relacionam diretamente com os atos produtivos, não havendo separação entre produção e consumo, em relação ao usuário final, o nível de tensão e disputa é ampliado, pois esse novo território de subjetivação - os usuários - passa a também compor os sentidos dos atos produtivos em si. Veja que em um mundo do trabalho no qual o usuário é virtual, pois só se relaciona com o consumo do produto finalizado, essa tensão e disputa estão bem mediatizadas e são mais manejáveis a partir do mundo produtivo.

Nesse amplo jogo, chamo a atenção para uma outra questão que está aí embutida: não há separação entre gestão e atos produtivos, ou seja, no mundo do trabalho, todo mundo governa, e não só os governantes formais, como se costuma imaginar; aliás isso já poderia ter sido percebido quando falei anteriormente de governos paralelos nas organizações, que são construídos e conduzidos pela produção dos espaços institucionais informais.

O mundo do trabalho em Saúde, que promete a produção do cuidado, é uma cartografia do trabalho vivo em ato

No encontro entre uma equipe de trabalhadores de Saúde e os usuários, há a promessa, socialmente construída, de que ali será processada a produção do cuidado, seja o que isso possa expressar para cada um que esteja nesse encontro.

Não são poucas as diferentes formas de referenciar, para distintos componentes de uma sociedade, o que seja Saúde e cuidado; entretanto, para qualquer uma delas, há sempre uma certa forma de se “desejar” com isso um certo modo de andar a vida. Modo esse que varia amplamente em sentido conforme subjetivações que se operam nesses distintos componentes. Há aqueles para os quais andar na vida é ir e voltar de uma jornada de trabalho; para outros, é fazer conexões com outros “viventes” - e ponto.

Nesse ponto dos encontros entre a equipe e os usuários, já operam em aberto muitas possibilidades produtivas, pois a própria finalidade do encontro encontra-se em disputa. Não bastasse isso para mostrar o quanto esse mundo do trabalho é trabalho vivo em ato, há ainda as várias alternativas tecnológicas de dar sentido a algumas das possibilidades produtivas desse mundo. Ou seja,

construir caminhos tecnológicos que permitem apostar em certa produção de vida e não em outra. E, aí, entram em jogo as muitas possíveis tecnologias não duras que conduzem essa produção, como: os saberes tecnológicos que compõem o campo da clínica e os modos de conduzir em ato os encontros como relações de poder entre e sobre a vida dos que ali estão, sejam usuários, sejam trabalhadores.

Nessa direção, é que aponto a seguinte ideia que elaborei em uma conversa com Flávia Freire, em uma discussão sobre o que há de muito peculiar no mundo da produção do cuidado em termos de capturas e liberdades, no campo dos agires, tecnológicos ou não:

“O raciocínio é que, em um encontro no qual se promete a produção do cuidado, o que marca como referente simbólico o campo da Saúde, há transversalizações de muitos platôs de produção de vida que não podem ser tomados como objeto desse campo; e outros que podem, ao serem capturados pelas ações que aquela promessa procura operar nesse encontro, através de ações produtivas conduzidas tecnologicamente. Nesse processo de produção do cuidado, então, há uma tensão entre a possibilidade tecnológica e a não tecnológica do encontro realizar certas promessas como a produção de uma ação terapêutica; pois esse encontro abre-se para produções intencionais cujo efeito é a terapêutica como finalidade, mas também para produções que têm efeito terapêutico, mesmo que não seja intencional, na medida em que o encontro no mundo da produção do cuidado tem todas as transversalizações operando sobre o processo autopoietico de produção de vida, que é múltiplo e não obrigatoriamente capturado por agires tecnológicos.

Por isso, Castoriadis disse que, em um processo analítico, nem toda a teoria do mundo permite dar conta dos acontecimentos que aí operam. Nessa medida é que falo que uma residência como moradia tem efeito terapêutico não previsto.

Se essa cartografia da produção do cuidado fica clara, pode-se colocar nela o lugar e a promessa que a clínica faz, bem como qualquer outra lógica de biopoder como poder sobre a vida e da vida, que é o que a clínica é, enfim. Ela não pode escapar disso, por mais ampliada que seja. E isso não quer dizer que ela não seja um elemento do agir tecnológico, leve-duro, fundamental, pois o modo como ela opera abre

ou fecha, como um pulsar, as outras transversalizações conectadas com a autopeiose da vida.

Por isso, importa, sim, perguntar que clínica fazemos ou queremos? Por isso, é possível entender a clínica também como dispositivo agenciador de subjetivações.”

Neste sentido, é importante fazer perguntas para qualquer tipo de incorporação de saberes tecnológicos que se está realizando no ato da produção do cuidado e colocá-lo em análise ético-política interrogando em que tipo de produção de vida se está apostando, com quem e como. Só desse modo pode-se compreender por que há fracasso terapêutico em lugares em que só se espera sucesso e o contrário, onde imagina-se fracasso.

Veja que não é evidente, pelas teorias mais predominantes do trabalho em Saúde, que valoram o lugar determinante dos saberes e das tecnologias duras, praticamente desconhecendo as tecnologias leves, produções do trabalho vivo em ato produzidas, o porquê há tanto fracasso terapêutico no cuidado ao tuberculoso, se tudo sobre a doença e sobre os cuidados medicamentosos é muito conhecido. Pode-se fazer bem os diagnósticos, além de haver arsenais antibacterianos potentes. No entanto, o fracasso é inquestionável. Mas, ao se olhar como os processos relacionais são produzidos nesses processos de cuidado entre as equipes de trabalhadores da Saúde e os “doentes-tuberculosos”, dá para imaginar que não há muito o que duvidar, se o chamado “doente” abandonar o tratamento. A não produção de acolhimento, vínculo e responsabilização, dentre várias outras possibilidades de produções do trabalho vivo em ato realizadas, leva a um conjunto de ações do “usuário” do trabalho em Saúde que opera a construção do resultado: fracasso terapêutico. Por outro lado, não se consegue explicar por que tantos hipertensos, mesmo sem frequentar redes de cuidado oficiais, são conduzidos e se conduzem rumo a sucessos terapêuticos. Há perspicácias no viver que têm sido pouco compreendidas nos modelos atuais de condução do trabalho em Saúde, centrado nas tecnologias dura e leve-dura.

Para alargar e autointerrogar o que efetivamente se está fazendo com as ações tecnológicas e ampliar a possibilidade de compreender os efeitos terapêuticos dos encontros dos trabalhadores com os usuários no mundo do trabalho em Saúde, para além das possibilidades do universo das ações tecnológicas, a incorporação de uma visão cartográfica da produção do cuidado, como território do trabalho vivo em ato, abre a construção de processos coletivos de autointerrogações dos que ali estão constituindo-a e ali estão sendo constituídos.

O mundo do trabalho na Saúde pede a desaprendizagem para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver

Criar situações individuais e coletivas de autointerrogar o próprio sentido do fazer no mundo do trabalho - colocando como sua base a pergunta sobre o que faz com o trabalho vivo em ato, para onde ele é apontado em termos ético-políticos (produz mais vida ou não) - traz também novas perguntas, como, por exemplo, o que se faz com o que já se sabe fazer e com o que se acha que se deve fazer sobre ou junto com os outros, com quem se encontra no mundo do trabalho.

Perguntas que podem implicar em trazer esse outro para uma composição conjunta de um modo de realizar os atos produtivos, que não mais comportam o que já se tem de formatado para esse outro, mas sim o que se pode realizar em ato junto com ou mesmo para uma abertura que permita ver esse outro já em movimento de produção de um viver, e assim ressignificando o que já se sabe, de forma que uma certa doutrina a ser seguida passa a ser posicionada como ferramenta para compor uma ação de interseção, ou seja, que se constitui no encontro com o outro, e só com esse outro, em encontro, existe. Significa abandonar o impulso de seguir uma ordem e dar ordens no fazer a produção do cuidado.

Com isso, talvez se seja levado a interrogar como construir, em interseção com esse outro em nós e vice-versa, a desaprendizagem e, assim, colocar as possibilidades de ocupar esse vazio produzido com novos sentidos e lógicas construídas ali em ato nesses encontros-acontecimentos, nos quais está imerso nos trabalhos, intensamente, o trabalho vivo em ato, como o é o da Saúde e também o da educação.

Isso implica colocar entre parênteses, parafraseando Basaglia, o sabido a priori que há nesses campos de práticas, para deixar vazar em cada um e nos outros a nova constitutividade que se tem ao se construir com o outro novas possibilidades para os modos de andar a vida, tomando como base os processos de viver que, de modos perspicazes, são construídos de maneira efetiva por cada um e por qualquer um. Isso permite ser afetado por essas perspicácias e se autointerrogar, inclusive como coletivo que se é.

A chance de que se venha a conectar novos processos de produção autopoieticos de vida é alta, mas nunca uma garantia e uma obrigação. O operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar,

sempre uma tensão. Mas o que interessa aqui é a possibilidade da sua expressão em ato no próprio processo de condução dos modos de viver e as interrogações partilhadas que isso pode provocar pela própria perspicácia do viver em coletivos. Viver é uma sabedoria que amplia suas oportunidades nos encontros com os outros em ato, que também vivem.

Talvez essa seja a plataforma básica que os trabalhos no campo da Saúde e da educação devam ter como seu fundante e aí estaquear suas bases ético-políticas para a ação.

Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos. Colocar os saberes tecnológicos a serviço disso no interior dos atos produtivos talvez seja a grande apreensão possível para quem procurar desaprender os modos predominantes desses campos de práticas, se realizarem, hoje, quando a vida virou um objeto de manejo e não uma conexão autopoietica no mundo, como produção coletiva.

Guattari, no seu *3 Ecologia*, já alertava, a todos, e de forma intensa, sobre essa busca de um novo paradigma ético-estético para ser-estar no mundo, hoje, ao pautar a necessidade de uma construção anticapitalística no modo de ser; ao enfatizar a aposta radical na produção da vida em escala planetária e não na morte, em cada conexão que se fizer.

Desafio final

De posse dessas imagens analisadoras, pode-se olhar de modo mais vibrátil o mundo do trabalho onde se está e no qual se chega. Obriga-se a mirar o que são os “outros” em cada um de nós e para nós, levando cada um a se ver no outro de modo implicado através dessas imagens-dispositivos e se desconstruir - construindo novos sentidos para estar ali e agir ali como seu constituinte. Pode-se assim fazer escolhas de vozes, de capturas e liberdades, pode-se escolher alguns territórios de implicações, pode-se, entre tantas possibilidades, escolher algumas que nos encarnam: apostar na produção da vida de modo solidário ou solitário. Viver e morrer de modo prudente, sem conduzir produção de morte no outro. Por fim, convoco cada um a construir suas imagens-dispositivos para se ver e andar pelas perspicácias que cada um constitui no mundo do trabalho da educação e da saúde, lugar centralmente operado pelo trabalho vivo em ato e só existente na interseção do encontro com o outro.

A INSTITUIÇÃO DO NOVO: PREPARANDO O TRABALHO COM A COISA MENTAL

Marcus Vinícius de Oliveira

Bom dia a todos e a todas. Quero dizer que é uma satisfação muito grande estar aqui nesta Escola, agradecer a Ana Marta, bem como à equipe da Escola pelo convite, sempre gentil, sempre laborioso, para trabalhar, para fazer coisas, para colocar o pensamento em movimento. Considerando o tempo curto, vou fazer ao modo do Emerson: lançar algumas teses relativas ao modo como os aspectos básicos da formação chegaram ao meu recenseamento, destacando o que não poderia deixar de ser dito quando se trata de selecionar aspectos básicos.

Uma primeira questão que sempre me preocupa: aqueles que militam no campo do instituinte, que militam no campo da produção de uma alternativa ao que está já estabelecido como sendo a realidade, buscando instituir os saberes e práticas que são candidatos à realidade, aqueles saberes e práticas utópicos necessários para darmos um nome para essas coisas que produzimos, concorrem em condições muito desiguais com os saberes e práticas já estabelecidos e hegemônicos. A mera invocação de uma pretensa superioridade das suas racionalidades ou da sua ética, ainda que seja bom argumento, não lhes garante passagem. Portanto, sobre esses saberes e práticas que são candidatos à realidade recai todo o ônus da viabilização daquelas condições políticas vitais para sua autoexpressão. Mais do que a força da sua racionalidade, será sua competência estratégica que permitirá o seu estabelecimento.

Estou querendo dizer que o nosso negócio é esse. É instituir um real que não existe. E nós não podemos reclamar das dificuldades ou reivindicar passagem só porque nós temos um real que achamos que é muito mais interessante para se instalar, um devir muito mais interessante para oferecer para a humanidade.

Quem tem um dever muito mais interessante que o demonstre: isso implica que nós sejamos estratégicos. A competência política, portanto, deve ser um dos recursos fundamentais para que nós possamos estabelecer esses saberes instituintes na condição de instituição. E, depois que eles se instituem, é preciso tomar muito cuidado.

Vejam, por exemplo, como uma noção tão interessante, que é a noção de CAPS, quando ela efetivamente vai se consolidando, se instituindo, vai também se burocratizando, se cristalizando. Então, esse processo instituinte-instituído é um processo ao qual nós temos de estar permanentemente atentos, sabendo que isso depende de uma grande competência política e de uma permanente atitude de crítica.

Uma outra questão que eu queria trazer é uma interrogação acerca desse significante “Saúde mental”, até porque o seminário chama-se *Saúde Mental: os desafios da formação*. Quero dizer que, embora muitas vezes utilizados de modo indistinto, os campos da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, apesar de se sobreporem em algumas esferas, porque têm em comum, em graus distintos, a problemática relativa à existência do manicômio e suas consequências, não se confundem. Por isso é preciso sempre frisar que eles são campos que têm origens distintas, escopos diferentes e são formados por saberes que não se equivalem.

Estou querendo dizer que muitas vezes nós usamos indistintamente os termos Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, luta antimanicomial como se fossem absolutamente orgânicos e fossem apenas uma derivação semântica da mesma coisa. Eu quero pensar que nós temos que apurar um pouco quais são as questões que estão por detrás dos projetos da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Para assim distinguir, é óbvio, aqueles pontos que são convergentes, aqueles pontos que são comuns, mas também para sinalizar e localizar aquilo que não é transferível ou aproveitável de um campo para outro.

Ainda outra ideia. Embora os fenômenos relacionados à loucura e à aflição encontrem-se fortemente inscritos no campo sanitário desde o século XVIII - sobretudo a partir da Lei dos Loucos que, em 1838, na França, deu à Medicina a hegemonia e o domínio legal sobre a loucura - por mais que se amplie o conceito de Saúde, haverá sempre algo de inadequado nessa inscrição. Estou querendo dizer para vocês que eu penso que a inscrição da problemática da loucura e da aflição no campo da Saúde tem sido e será sempre uma inscrição problemática.

Há, no conceito de Saúde, uma dimensão que se enreda com a produção de ordem, que é ineliminável. Mesmo que consideremos, como Canguilhem ou como o nosso Emerson Merhy, a ideia da anomalia ou a ideia da produção da autorregulação como uma das características da Saúde, mesmo que consideremos conceitos avançados de Saúde, há algo no conceito de Saúde que torna este espaço, o campo sanitário, como um campo problemático para o manejo do tema da loucura, da aflição, da desorganização.

Estou querendo reafirmar uma ideia, que sempre trago, de que esses temas estão ligados com a temática da cultura, e é óbvio que a Saúde faz parte do tema da cultura, mas, radicalmente, nós estamos falando de mudança e transformação cultural. E aí os recursos interpretativos do campo sanitário têm sempre um limite; mesmo que tenhamos uma antropologia médica, mesmo que tenhamos uma etno-psiquiatria, sempre há um limite na transferência das questões que são do campo sanitário para o campo da cultura.

A Saúde é uma forma de estruturação dentro do campo da cultura. E, como tal, talvez ela não seja um campo tão favorável ao desenvolvimento de conceitos que pensam o tema do transbordamento, da desorganização paroxística, como coloca o tema da loucura. Ou seja, a tendência da Saúde vai ser sempre produzir uma certa constrição para a loucura. O tema da cultura também é produção de constrição para a loucura, mas, no campo da Saúde e de seus compromissos com a ordem, essa constrição recebe formas específicas; eu tenho a impressão de que o Merhy tocava nisso quando disse que a preeminência desse segmento que aposta e investe nessa dimensão é a preeminência de um segmento nitidamente ligado às práticas de controle.

Quero então trazer uma outra ideia: a de que os saberes médicos e psicológicos que foram produzidos historicamente em torno da loucura e da aflição devem todos ser colocados em suspeição a partir de seus efeitos históricos práticos. Quer dizer: nós temos pouquíssimas coisas instituídas de saber médico-psicológico que mereçam ser levadas a sério quando se trata da desinstitucionalização da loucura. Haja visto que durante a sua instituição, por mais de duzentos e tantos anos, esses saberes produziram o que produziram: a exclusão da loucura, o seu manejo manicomial, convertida em desvio e doença.

Então, se queremos produzir outra coisa, como fazemos agora, sua produção pressupõe uma coragem para negar esses saberes como sendo capazes e adequados para lidar com o nosso campo de problemas. Isso não é novidade. Quem fez isso com brilhantismo e nos ensinou assim foi Franco Basaglia, que afirmava ser fundamental negar o saber estabelecido, porque ele até agora estabeleceu o

que estabeleceu. Se a Psiquiatria colocou o homem entre parênteses em nome da doença, é preciso colocar entre parênteses esse saber em nome do homem.

Então, isso traz a questão de que vamos operar neste campo novo que quer se instituir, neste projeto utópico - que é para mim o projeto da luta antimanicomial, já que acredito que nós podemos ter reformas psiquiátricas muito compatíveis com a ordem das Saúdes mentais; no entanto, o que acho difícil de ser compatível com a ordem é essa tal luta antimanicomial.

A luta antimanicomial é o espaço dentro dessa geografia que problematiza a inscrição da desorganização no âmbito da cultura. E só nós fazemos isso de cara aberta, de peito aberto. Só nós dizemos claramente para a cultura: não, o sujeito não precisa remir todos os sintomas para ter direito à assistência plena como cidadão no âmbito da comunidade. Só nós dizemos: não, nós temos que aceitar que a sua dimensão desorganizada, mesmo se inconforme com as práticas e os costumes, possa ter lugar. E só nós pedimos, exigimos da cultura, que ela abra espaço para que a loucura possa ter cabimento.

Queria marcar que distingo isso como algo que é, digamos, o que nós temos de diferencial enquanto luta antimanicomial. Esse é um dos nossos diferenciais em relação a esse campo da Saúde, a esse campo da Reforma Psiquiátrica e a esse campo da Saúde Mental. Saúde mental é muito problemático. Muito problemático! O conceito de Saúde mental é um conceito que nós manejamos, porque, de alguma forma, é lá que estão inscritas as verbas do Ministério da Saúde, a pesquisa do CNPq e os comitês todos - mas Saúde mental é uma ideia muito problemática.

A maior parte das coisas que se produzem na Saúde Mental são ideias muito problemáticas. São sempre de grande conformidade com a ordem instituída. São ideias da produção de estados disciplinados, de estados ordenados dentro de certas dinâmicas sociais muito lineares, “caretas”, e às vezes muito chatas. Instrumentais e perigosas no sentido da sua intenção de produzir o “bem” para as pessoas. Estar com a Saúde Mental não me parece às vezes muito legal.

Bem, aí vem então mais outra dimensão, dentre as coisas a se ensinar e a se aprender no “preparo para o trabalho com a coisa mental”. E essa expressão, quero registrar, aprendi com a nossa querida Ana Marta Lobosque, e gosto muito dela por achá-la precisa na definição das tarefas denominadas como as de formação dos profissionais. É verdade que não tenho ouvido muitas pessoas usando essa expressão, mas eu continuo achando que é a melhor forma de dizer do problema que nós estamos tratando aqui. Como é que se prepara alguém para o trabalho com a “coisa mental”?

“Coisa mental” é uma expressão muito boa, porque consegue ficar se esgueirando da inscrição nos campos disciplinares da psicologia, da psiquiatria, da psicanálise. Consegue manter esse fenômeno, de alguma forma, num jogo de esquiva com a tentativa de captura desses saberes. Pelo menos, assim eu tenho me definido: estou me dedicando atualmente a investigar, a contribuir com os processos de preparo para o trabalho com a “coisa mental”.

Estou tomando essa questão do preparo para o trabalho com a “coisa mental” como uma tarefa de invenção, já que os saberes que estão aí são muito imprestáveis, a maior parte dos saberes tradicionais produzidos no campo médico e psicológico é muito pouco útil para fazer o que nós precisamos fazer.

Então, nós precisamos buscar outras fontes.

Primeiro, nós inventamos um bando de coisas. Estamos aqui diante de um inventor de um monte de coisas, estou me referindo ao Emerson Merhy. Todo dia ele inventa uma palavrinha nova; eu particularmente gosto muito das palavrinhas que ele inventou, como as “tecnologias leves”. É um grande achado, uma ideia interessantíssima para falar de uma invenção, do que é que nós fazemos. Vejam só: tecnologias leves são fundamentais para o preparo para o trabalho com a “coisa mental”. Vejam que fantástico! Olha que frase que ninguém enquadra em lugar nenhum: tecnologias leves para o preparo para o trabalho com a “coisa mental”.

Acho que esse é o desafio. Esse é o desafio de produzir teorização. É achar formas de dizer que não sejam capturáveis nos discursos que já estão estabelecidos, e que eu acho que há muito pouco neles que sirva para aquilo que precisamos fazer, para as necessidades que temos. Um dos temas desse preparo para o trabalho com a “coisa mental” que tem me chamado a atenção é aquela dimensão que pressupõe uma habilidade, uma competência, uma capacidade dos técnicos, dos operadores, que eu tenho chamado de tecnologias relacionais baseadas nos manejos vinculares.

Então, tecnologias relacionais baseadas nos manejos vinculares: se vocês forem ver, boa parte do que precisamos para o trabalho com a “coisa mental” está relacionada com tecnologias relacionais. Tecnologias em que se usa relação para manejar, a partir do vínculo, interesses e direções os mais variados.

Elas são a condição para aquilo que o Merhy nos trazia, de colocar o outro como outro, de ser afetado pelo outro. Só nessa ideia de tecnologias relacionais baseadas em manejos vinculares, eu permito que o outro esteja diante de mim, como outro, ou pelo menos que eu me coloque na obrigação de estar como outro

diante do sujeito. Então, essa noção da produção de alteridade na relação como um dos fundamentos básicos - pois nós estamos falando de coisas básicas - parece simples, mas, na hora em que vamos preparar alguém para estar na condição de alteridade diante dos seus assistidos e, portanto, oferecer aos seus assistidos “para além do melhor de si”, vemos que se trata de uma coisa muito difícil.

Ser autoridade é fácil. Autoridade, todo mundo sabe, sabe dizer: “Eu tenho um diploma de médico, de psicólogo, de assistente social”, e dizer: “Faça isso e aquilo, eu sou técnico neste assunto”. Carteiraço todo mundo sabe produzir, todos nós sabemos fazer. Agora, colocar-se no lugar de alteridade, colocar-se no lugar onde o outro efetivamente produz em mim uma afetação, é um pouco mais complexo, e eu acho que talvez seja uma das questões. Tenho me perguntado como é que preparamos as pessoas para essa função, para esse lugar, para esse exercício. Como preparar, nessa dimensão que envolve deslocamentos subjetivos importantes como uma qualificação fundamental dos trabalhadores? E vejo que, sem isso, nós não operamos naquele âmbito que nós tradicionalmente chamamos de clínica.

Não operamos uma clínica capaz de fazer a gestão dessa loucura em outras bases. Porque a sociedade, eu já disse uma vez, não sei se foi nesta Escola mesmo, não quer nem saber se é manicômio ou se é CAPS. Aliás, eu digo, ela prefere este, sim. Ela prefere que seja CAPS. Ela prefere, porque, como Freud disse: nós gostamos de pensar, como humanidade, que nós somos melhores do que nós somos. Quando ela prefere CAPS, adere a uma ideia liberal, e nós gostamos das ideias liberais. As ideias liberais chegam muito mais tranquilamente. Nós gostamos de pensar que nós somos liberais. Então, nós gostamos dessa ideia. Tudo que for light, soft, nós gostamos. É melhor do que as coisas que são duras, repressivas. Então, nós temos aí uma direção, no sentido de que a sociedade prefere CAPS, mas, no final das contas, a sociedade não faz dessa sua preferência uma questão muito importante.

O que ela quer é que nós façamos uma gestão do transtorno, das ressonâncias sociais derivadas da produção da loucura. E como é que vocês, os técnicos, vão fazer isso, não é um problema para a sociedade, já que, diante da desorganização da loucura, ela quer saber mesmo é dos efeitos das nossas intervenções:

“Vocês façam aí! O que espero de vocês, que têm um mandato social como técnicos de serem gestores das dissonâncias sociais produzidas pela loucura, é que vocês mantenham esse sujeito na ordem. Como vocês vão fazer é problema de vocês. Prefiro que vocês façam de uma forma soft; se não tiver disponível ou não for efetivo, lancem mão das camisas de força, da cela, lancem mão do

que for. Mas eu não quero é o doido perturbando a família, perturbando a comunidade”.

Então, eu considero que podemos exercer essa nossa competência para fazer uma gestão das ressonâncias sociais provocadas pela presença transbordante da loucura de uma forma mais pesada ou de uma forma mais leve. Assim, penso que nós devemos assumir, sim, essa consciência de que algo em nosso trabalho estará sempre comprometido com certa “gestão da ordem”, porque senão as pessoas na sociedade vão dizer: se vocês não são capazes de dar conta de fazer essa gerência social da presença dos loucos na comunidade com suas metodologias e tecnologias democráticas e inclusivas, então vocês não precisam existir e vamos lançar mão das velhas e “eficientes” soluções segregativas.

Então, é preciso registrar que o nosso desafio é o de produzir um tipo de intervenção, que se ocupe conscientemente e estrategicamente de uma reflexão e prática acerca deste lugar contraditório dos agentes técnicos do “trabalho com a coisa mental”, e que, creio, nos encaminharia para um campo de tomadas de posição referidas numa “estilística da existência”.

Opções que muitas vezes situam-se entre ser o menos constringente e o mais libertário possível, mesmo quando a tarefa, quando a expectativa social forte, nos remete a um papel inevitavelmente inscrito em algum projeto de normalização e ordem. Faz toda a diferença se você é um mero servidor da ordem, ou se você, sabendo que o lugar em que você está inscrito é um lugar de servidor da ordem, exercita ao máximo as contradições com a ordem.

E, se, neste mandato de produção de ordem, você organiza um tipo de cuidado movido pela crítica, você exercita o aspecto contraditório do seu mandato social, de produção de ordem, para produzir outras coisas: vida, liberdade, expansão dos sonhos, criatividade, arte, cultura, tesão, o que for. Você recria e cria novas possibilidades e espaços para esse fazer; e, ao estar no lugar em que a sociedade espera que você esteja, você está de uma forma diferenciada.

Existe uma grande variação possível de desempenhos no âmbito da esfera de decisão pessoal e intransferível dos agentes técnicos, num espaço onde a sua autoridade social lhe confere um poder de escolhas, às vezes bem objetivas, às vezes bem sutis, e existe um gradiente a ser explorado nessa liberdade de produzir coisas diferentes. Produzir o diferente num espaço de limites, porque nós também vamos ter que produzir com os sujeitos dos quais cuidamos certas inscrições que os tornem toleráveis socialmente. Ou convencemos a sociedade a ampliar a sua tolerância, e com isso nós permitimos que o sujeito tenha um

espaço de liberdade um pouco maior, ou exercitamos a tolerância zero e vamos ser agentes acrílicos da ordem e da tolerância zero.

Fico pensando como essas questões remetem muito a uma dimensão de uma ética política. Fico também ansioso em torno dessa tarefa de preparar pessoas para esse trabalho, em produzir uma forma de transmissão organizada, o mais autônoma possível, sem fazer doutrinação, sem dizer que é assim ou assado, sem fórmulas prontas, sem criar uma seita, ou uma nova religião teórica. Como vamos produzir a transmissão dessa ética, dessa postura política, dessa aprendizagem que lança os sujeitos num gosto pela invenção, pelo sutil, pelo instável, como uma das características da clínica ou do cuidado?

Minha experiência diz que as pessoas se apaixonam quando elas descobrem que elas podem fazer coisas novas, que afirmam que a vida vai se transformar, que isso encanta, e que esse é o combustível que acaba ensinando para as pessoas que nós podemos, sim, ter um outro modo de lidar com os loucos. E que esse outro modo é muito mais legal, interessante, curioso, criativo, feliz. E que nós até continuamos ganhando pouco, trabalhando muito, mas nos divertindo bastante... nos gratificando, porque estamos fazendo uma coisa bacana.

Então, imagino que esse ponto é um ponto de ancoragem importante e que ele é de natureza ética e política. E aí nós temos que pensar como é que os diversos espaços onde esse preparo poderia se dar seriam capazes de trabalhar com essas questões. Como é que isso pode entrar na tal da “formação”, já que formação é sempre algo de colocar na “forma”, mas também, na maioria das vezes, na “fôrma”? Como é que criamos oportunidades para que as pessoas vivenciem isso?

E então eu ainda vou falar uma última coisa. Nós temos um problema com as teorizações. Não estou defendendo aqui um mundo a-teórico, de um empirismo bruto, em que tudo é feito na pura experimentação. Deve haver um lugar de grande importância para a teoria. Então, talvez a questão seja: de que tipo de teoria nós precisamos? Eis a questão! Que tipo de teorização nós precisamos? Qual é a nossa priorização com as relações concretas e com a realidade empírica? Qual o lugar que a teoria ocupa, no a priori, no a posteriori, ou durante o ato? Qual seria, enfim, o lugar da teoria?

Penso que - e mais uma vez vou citar o Emerson Merhy, que, mais do que um companheiro que está aqui presente, tem para mim o status de “referência bibliográfica”, e é sempre difícil citar as referências bibliográficas quando elas estão de corpo presente, e, portanto, mais cuidadosamente eu vou dizer - os conceitos são da ordem das “tecnologias leves”. Então, não é qualquer coisa. Ter

uma ideia sobre “acolhimento”, por exemplo, ou ter a noção de transferência, faz toda diferença nas tecnologias relacionais que manejam os vínculos. Faz toda diferença que essas ideias estejam à disposição das pessoas. Agora, nós temos que saber em que momento e como elas estão à disposição das pessoas. Isso me parece ser um problema.

Porque, se é verdade que sem teoria não dá para construir uma boa prática, pois ela será sempre uma prática que não sabe sobre si mesma, situando-se num plano pré-reflexivo, Basaglia, ao convocar-nos para uma certa negação dos saberes instituídos no campo médico-psicológico, coloca uma imensa tarefa de natureza teórica, ao dizer que muito pouco do que precisamos para o cuidado destas “existências sofrimento” está já produzido.

Os saberes e as práticas devem ser avaliados historicamente pelos seus efeitos. Eles têm a oportunidade de dar-se a conhecer como ideias e como vida concreta. E Basaglia diz que muito pouco do que se produziu nesse campo médico e psicológico em relação à loucura serve para alguma coisa que não seja normalização e segregação. Mas esses são os saberes que se encontram “positivados”, divulgados, difundidos, oficiais, em sua manifestação como ciência e conteúdo da formação.

Do nosso lado, temos produzido um conhecimento crítico muito importante, mas que tem essa condição “negativa”, seja pelo seu caráter de saber sutil, fluido, seja pela sua condição de saber fundado na contestação. Então, como arregimentarmos um saber que tem essa qualidade negativa? É teoria, mas é a teoria que tem uma qualidade negativa. Negativa por quê? Porque ela não se impõe como um guia imperativo, mas está posta num lugar de orientação da ação. Onde o sujeito se orienta pela ação e, ao mesmo tempo, ele coloca em questão essa ação e a orientação oferecida a ela. Quer dizer, crítica e autocrítica reflexiva.

Basaglia também insistia muito em que a forma de fazer essas invenções é inventando e refletindo sobre a prática. A análise não tem que ser sobre o quê tal fulano, por mais importante que ele possa ser, disse sobre isso que eu estou fazendo. A análise deve ser daquilo que eu estou fazendo, e quais efeitos, quais consequências, quais implicações extraio enquanto eu estou fazendo. Daí, como colocar a minha experiência em diálogo com o que já está escrito sobre o assunto?

O Emerson nos ensina o conceito de “trabalho em ato” e talvez possamos pensar também em uma “teoria em ato”. Uma teoria que se produz como ato, e

não como estoque de ideias prévias: “Meu pai me dá 36, e eu calço 37”, como diz a música do Raul Seixas. Quer dizer, o fenômeno tem que caber dentro da teoria; azar do fenômeno, ele que se encolha para caber. Se Fulano de Tal falou que é assim, então tem que ser assim. Portanto, esse modo de relação da teoria com a prática é um tema basagliano por excelência que seria importante para nós. “O otimismo da prática versus o pessimismo da razão” foi o que ele enunciou como linha, e isso me parece muito justo.

Essas são algumas ideias básicas, como foi solicitado no título da mesa, e considero que elas atingem tanto a questão da formação daqueles que estão já na universidade, deformados ou formatados como o Merhy trouxe, como a questão dos que saem da universidade e estão nos serviços, muitas vezes perdidos, sentindo-se ignorantes e sem saber o que fazer, fazendo qualquer coisa que lhes parece aquilo que eles pensam que deveriam fazer.

Então, existe aí uma tarefa, que é a de como preparar para o trabalho com a “coisa mental”. Eu tenho várias ideias sobre educação permanente. O que é mesmo educação permanente, tão falada quanto a cabeça de bacalhau? Todo mundo sabe que existe, mas ninguém nunca viu de verdade. Quer dizer: ela é rara de acontecer, um conceito tão caro e tão raro de experimentar. Mas, certamente, tanto para preparar os que estão na universidade, como para preparar os que estão no serviço, como para dar conta do exercício da função nessas relações, nessas tecnologias relacionais, existe um conceito que é fundamental: o conceito da produção das autonomias.

Há que radicalizar na recusa das tutelas. Penso que serve como uma ideia básica também: quando estivermos tutelando, não estamos produzindo uma coisa boa. Seja essa coisa da educação lá na universidade, seja essa coisa da educação permanente dos trabalhadores, seja essa coisa da assistência aos portadores de transtorno mental. Eu acho que há uma incompatibilidade do exercício da tutela com as experiências que queremos produzir no nosso campo. Nosso campo é um campo antitutela. Pronto! Eu já acabei!

TUDO QUE EXISTE MERECE PERECER

Sílvia Maria Ferreira²

Conversando com uma estudante de Psicologia sobre as aulas de Psicopatologia, eu me lembrei do meu tempo de estudante. Acontece, ainda hoje, no Instituto Raul Soares, a antiga prática de apresentação de pacientes.

Dizia-me a estudante que se incomodava muito com o fato de nessas entrevistas haver uma única preocupação, por parte dos estudantes, em procurar os sintomas do paciente; e também com os comentários maledicentes que eles faziam ao término das aulas.

No tempo em que eu era estudante, esses também estavam entre os motivos que me angustiavam, pela maneira tão negativa como se apresentava a loucura.

Em um texto de Francisco Paes Barreto, sobre a apresentação de pacientes, este compara a diferença entre a abordagem da psiquiatria clássica e a abordagem da psicanálise. Afirma ele que, nessas práticas, o paciente sempre esteve no lugar de objeto de estudo, para, com a introdução da psicanálise, e reduzindo as entrevistas para um único encontro, se tornar sujeito.

Mas eu compreendo de um modo diferente a concepção de sujeito.

Um dos princípios da luta antimanicomial é a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura, em particular, e na luta política em geral.

Ao pensar a subjetividade, quero dizer da experiência que permanece irreduzível em nós. E, no caso da loucura, falo de uma experiência que possui a sua legitimidade, sem ser apontada como um déficit ou um desvio da norma.

Em meu enlouquecimento, eu descobri o que faltava nas aulas de psicopatologia: falar de meu sofrimento e ouvir a experiência de meus amigos e poder

2 - Militante de Associação de Usuários de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais- ASUSSAM.

compreender e me reconhecer na experiência deles, em uma relação respeitosa, de confiança e privacidade.

Enquanto aluna, o que esperávamos daquela experiência era a tradução do professor acerca daquilo que deveríamos aprender, ou seja, a descrição dos sintomas.

E a coincidência dos sintomas com a experiência da loucura diz de uma certa política, que é a política dos hospitais psiquiátricos, onde loucura coincide com doença.

E uma outra política, a antimanicomial, vem dizer de uma nova relação da loucura com a cultura, em que nesta se insere.

Enquanto usuária de um serviço de urgência psiquiátrica, substitutivo ao hospital psiquiátrico, eu tenho podido falar sobre o meu sofrimento e a relação com a minha família, os meus amigos, a minha atuação no movimento da luta antimanicomial, com o núcleo de produção de teatro, onde inscrevo novas produções de sentido. Diferente da experiência reclusa no hospital psiquiátrico, em que a exclusão da subjetividade se dá como negatividade, sendo malvista e objeto de maledicência.

Segundo Barreto, a prática da apresentação de pacientes segue uma tradição que já caminha para dois séculos de existência. Precisamos mudar esse percurso, no qual novas práticas apresentem novas representações da loucura.

Não penso que a introdução da psicanálise, de uma nova técnica, possa dar conta, sozinha, do processo da Reforma Psiquiátrica. Ela muito tem contribuído, mas, como aponta um outro princípio, a Reforma Psiquiátrica é um processo social e político de luta contra as discriminações e violências impostas aos portadores de sofrimento mental, que inscreve na cultura novas significações acerca da experiência da loucura.



Mesa redonda

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: QUESTÕES PERMANENTES

A invenção coletiva da Saúde Mental

Cirlene Ornelas

A hospitalidade e a rede de Saúde Mental

Fernanda Otoni de Barros

**A educação permanente em Saúde e as questões
permanentes à formação em Saúde Mental**

Ricardo Burg Ceccim

Ementa

Questões permanentes colocam-se para todos aqueles que hoje estão envolvidos na atenção à Saúde Mental e na interlocução entre loucura e cultura. Seja aqueles poucos que receberam uma formação básica adequada; seja aqueles que se formaram nos próprios serviços; seja, enfim, aqueles muitos que ali chegam sem qualquer preparação ou incentivo - para todos estes, urge oferecer condições adequadas para um contínuo pensar que se alie ao seu fazer.

À medida que a rede de atenção à Saúde Mental deixa de ser uma simples alternativa para tornar-se realmente substitutiva ao modelo hospitalar, cresce enormemente o número de pessoas atendidas. Esse fato, desejável em si, resulta, todavia, em cansaço e desinteresse também crescentes, quando o trabalho se torna maquinal em face da sobrecarga e da pressão do tempo. A atuação criativa é impossível quando a exceção parece tornar-se rotina. Nesses casos, a atividade intelectual não pode exercer-se plenamente; estreita-se o campo para elaborar as perguntas que se apresentam, e até mesmo para o próprio ato de perguntar. Essas produções e esses saberes, já desconsiderados na esfera da formação básica, acabam desvalorizados pelos próprios trabalhadores; desta formação, não se transmitem para fora ou além, perpetuando o isolamento.

Esses problemas afetam também, naturalmente, usuários e familiares assistidos na rede, quando se omitem as indagações surgidas do cuidar em liberdade. Com o passar do tempo, muitos casos e situações se revelam mais complexos do que a princípio pareciam; ou, o que é mais grave, o que é difícil e obscuro passa a ser visto como fácil e linear. Afinal, se a experiência da loucura tem um lado produtivo e curioso, tem também sua dimensão mortífera de sofrimento, vazio, inércia: o tempo da reflexão é indispensável para o enfrentamento dos impasses que surgem aí.

Ora, como a rede substitutiva costuma oferecer uma assistência de inegável qualidade à população, muitas vezes é difícil o reconhecimento, pelo gestor, dos problemas acima apontados; eles lhes parecem aspectos secundários ou mesmo inevitáveis de um processo que corre bem. Contudo, sem o investimento no âmbito da formação, a médio e longo prazo já não será possível assegurar a qualidade do atendimento. Para sensibilizar os gestores, há que pensar também em sua formação: também eles necessitam de um permanente aprendizado, que lhes permita rever e questionar as políticas públicas cuja execução lhes compete.

Entrementes, também usuários e familiares, tendo ou não recebido noções básicas quanto a seus direitos e às políticas públicas que devem assegurá-los,

desejam seguir adiante: as expressivas atividades artísticas, culturais e políticas que vêm realizando requerem avaliações e redirecionamentos, em interlocução com outros atores.

Enfim, todos os envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica necessitam de espaços para uma formação continuada, que não se reduzam à dimensão informativa de treinamentos e capacitações, mas propiciem a problematização da vida cotidiana, a vitalização do trabalho, a efetiva divulgação dos seus resultados. Esta mesa redonda é um convite a examinar as questões permanentes da formação em Saúde Mental, pela abordagem cuidadosa dos fatores que a dificultam ou incentivam.

Comissão Organizadora do Seminário

A INVENÇÃO COLETIVA DA SAÚDE MENTAL

Cirlene Ornelas³

Discutir a formação profissional é realmente muito importante no atual contexto da Reforma Psiquiátrica. Em meu município, o CAPS foi implantado há cinco anos e ainda vemos que sua prática precisa ser melhorada. A mesma coisa acontece com a Atenção Básica e com as urgências em Saúde Mental. E, pelo que vejo em outros municípios, essa realidade é ainda muito comum.

Um profissional que trabalha em um CAPS relatou-me que um usuário solicitou que fosse internado em um hospital psiquiátrico, no que foi atendido pela equipe. No entanto, esse técnico que acompanhava o usuário na oficina e sabia que o caso dele poderia ser trabalhado sem internação não teve nem coragem de dar sua opinião sobre o caso, pois, como não era da área “psi”, sabia que não seria ouvido. De uma estranha maneira, os profissionais levaram em conta o pedido do usuário sem fazer qualquer discussão com ele sobre a cultura manicomial. Sem dúvida, essa é uma daquelas “soluções fáceis” que as equipes adotam: afinal uma pessoa que quer ser internada pode ser o mais cômodo para “todos”, inclusive para os técnicos do CAPS.

Como vemos, a prática cotidiana dos serviços precisa de uma clara orientação política. Sem esta orientação política antimanicomial as novas práticas do serviço não são provocadas. Neste caso, a prática do serviço se faz pelo silenciamento até de profissionais que têm um saber que poderia ser de grande importância para evitar uma internação manicomial.

A postura dessa equipe demonstra a pouca disposição de abertura para a discussão e o aprendizado constante com as pessoas. Uma política antimanicomial deve ser assumida por nós todos como um desafio aos saberes das respostas fáceis. Essas questões que enfrentamos no nosso dia a dia, seja nas sensibilizações das equipes ou dos gestores, mostram-nos que é um papel fundamental do movimento antimanicomial questionar tais condutas.

3 - Familiar de usuários de Saúde Mental, membro da Associação Loucos por Você, de Ipatinga - MG

Em Ipatinga, nosso desafio por vários anos foi a implantação do CAPS. E vencemos essa luta com a implantação desse serviço em maio de 2004. Atualmente, já temos novos desafios que estão relacionados com os manicômios mentais presentes nas práticas dos serviços abertos. Antes, eu pensava que a mera implantação do CAPS resolveria todos os meus problemas, o que, sem dúvida, não aconteceu.

Percebemos que muitos profissionais e gestores não estão dispostos a dialogar com os usuários e familiares e nem com a nossa associação. Eles se acham os “donos do saber”. Acham que apenas a sua teoria é importante para definir sua atuação profissional e muitos não dão a mínima atenção para os princípios da luta antimanicomial. Com isso, não valorizam as ações políticas, que são vistas como coisas estranhas à sua atuação profissional.

Esses profissionais, mesmo tendo passado pelas faculdades, não conseguiram assimilar a importância da luta antimanicomial e do conhecimento das políticas públicas para sua própria atuação profissional. Parece que as faculdades não conseguem politizar os alunos. Isto é, os alunos chegam à faculdade sem formação política ou qualquer envolvimento em movimentos sociais e saem formados com essa mesma deficiência. Poderia a universidade reverter essa situação?

Já conversei com alguns professores universitários que, desencantados, dizem que essa politização raramente acontece com seus alunos. Mas será que a universidade está proporcionando experiências suficientes para que essas mudanças venham a acontecer nos alunos? Não seria essa incapacidade da universidade um problema que revela justamente o seu afastamento da realidade social?

Afinal, eu mesma mudei a partir da minha entrada no movimento antimanicomial. Dou o meu próprio exemplo para mostrar o quanto é possível reverter essa despolitização. Fui dona de casa até os meus 37 anos. De religião evangélica, eu era orientada pela igreja a não me envolver em nada que precisasse da política. Até para votar tínhamos que solicitar orientação a Deus. Como vocês devem saber, minha cidade tem uma história sindical linda, sendo uma das primeiras cidades brasileiras a ser governada por um partido de esquerda. Eu, naquela época, tinha apenas uma simpatia pela luta política daqueles sindicalistas. Nunca me imaginei participando de alguma forma da política da minha cidade. Não tinha nenhuma visão crítica, havendo entre mim e a política um grande abismo.

Mas a minha experiência na Associação Loucos por Você mudou tudo isso. Formamos um grupo que discutia as vivências de cada pessoa e tentávamos

intervir para sua solução. Mas essas soluções sempre esbarravam na ação de serviços de Saúde, na intransigência de gestores e de políticos que desconheciam a nossa luta.

A abertura para a troca de experiências, para a articulação de soluções, foi fundamental para que percebêssemos que nossos problemas cotidianos estão intimamente ligados com a comunidade em que vivemos, com o governo e com a sociedade em geral. Enfim, eu consegui enxergar a vida com outros olhos: que eu tinha direitos e que deveria participar ativamente da vida social para conseguir atingir meus objetivos pessoais; que o sofrimento não era apenas meu, mas também de várias pessoas.

Não estar só no mundo com um sofrimento, com um problema, significou muito para mim. Significou também que eu era gente, era ser humano, como qualquer outro cidadão de minha cidade. E que, se tínhamos problemas comuns, poderíamos, juntos, lutar para uma solução. Esse processo foi coordenado pelo psicólogo Jairo Guerra que soube reavivar nossas vidas com sua postura atenta e cuidadosa.

Há quinze dias, participei de uma mesa no Centro Universitário Vila Velha, no Espírito Santo, onde pude conhecer experiências de formação realmente interessantes, que já estão gerando novos profissionais com forte ligação com a prática dos serviços.

Em um estágio realizado no hospital psiquiátrico, as ações dos alunos não ficam restritas aos muros do hospital. São priorizadas ações externas para a desospitalização, como visitas aos familiares e à rede de Saúde para discussão das condições que levaram a cada internação no manicômio. Busca-se esclarecer os motivos de cada caso e, com isto, os profissionais das unidades de Saúde e mesmo dos CAPS são levados a refletir sobre os limites de suas práticas que possibilitaram cada internação manicomial.

Outro trabalho realizado junto à rede de Saúde demonstrou quanto os profissionais da rede de Saúde desconhecem as políticas de Saúde Mental. Creio que esas experiências são interessantes, pois buscam promover uma formação vivencial aos alunos e, ao mesmo tempo, discutir a ação dos profissionais e gestores na prática. Talvez o diferencial desses trabalhos esteja no fato de que os professores orientadores (Luiza Victal e Jairo Guerra) sejam profissionais que trabalharam nos serviços de Saúde Mental e estão ligados à luta antimanicomial.

Nossa Associação propôs uma participação na gestão do CAPS e nas decisões sobre as urgências em nosso município. No entanto, ainda não conseguimos

efetivar essa proposta, que, com certeza, provocaria os profissionais permanentemente nas suas práticas. Acho que é preciso ousar, e, para isso, é necessário romper de vez com a certeza de que quem sabe tudo são os técnicos. Foi assim que aprendemos a sermos ativos na nossa vida, que compartilhamos saberes, e acho que vai ser assim que os técnicos e gestores vão aprender que Saúde mental se faz inventando saídas coletivamente.

A HOSPITALIDADE E A REDE DE SAÚDE MENTAL

Fernanda Otoni de Barros⁴

Preliminares: da oferta encostada no convite!

Ao ser convidada para falar neste encontro, encontrei-me diante da seguinte dificuldade: o convite chegava num momento difícil para que eu pudesse me dedicar à tarefa do modo como gostaria.

Como muitos sabem, minha experiência, nos últimos dez anos, foi tecida na prática da psicanálise no consultório e no PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais), bem como na supervisão clínica da rede municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte, nas regionais centro-sul, leste e oeste e também em Betim. Neste ano, estou de licença devido à necessidade de conclusão do meu doutorado, o que exigiu meu recolhimento para escrever, já no apagar de suas luzes. Contudo, descobri que a radicalidade dessa reclusão não era tão maciça assim; era uma radicalidade porosa, que podia ser facilmente perfurada por causas que me tocam.

Quando recebi o convite, minha primeira reação foi no sentido de declinar; porém, Ana Marta ocupou-se da tarefa de não aceitar a minha recusa e gentilmente me disse: “Entendo o momento que passa, mas não aceito que você não esteja conosco”. Oferecia-me sua hospitalidade e eu entendi imediatamente que dessa discussão nós não nos retiramos. Cabia chegar até aqui, ainda que com meu jeito estranho, com minhas anotações assim soltas... Convocada a tomar parte, aqui estou.

E tomo a palavra no viés em que me foi dada, lançando ao debate uma primeira constatação: a hospitalidade fura a radicalidade da reclusão e constringe através do convite ao laço. Não se recusa uma oferta, um convite hospitaleiro, quando

4 - Supervisora da Rede de Saúde Mental da SMSA - PBH

ali se pode encostar o que causa cada um! Essa é uma questão permanente na formação de uma rede.

Agradeço à comissão organizadora o convite e a acolhida da Ana Marta, que me abraçou quando estava de saída. Agradeço a ela sua convocação decidida! O que você me transmitiu nesse convite é o ponto de partida desta conversa.

A oferta, a demanda e o tratamento – questões da formação permanente

Falar de formação em Saúde Mental exige considerar a formação de rede. Não é um trabalho que se faz a sós! A formação nesse campo exige de cada um suportar a relação com o colega, o lidar com a diferença (teórica, afetiva, de agenda, por que não?). Quantos furos se tornam evidentes! Abrem-se como buracos, expostos pela precária percepção da realidade, quando por ali se enaltece, como sendo a verdade, o jeito míope de interpretar o caso, diante da angústia do não saber a priori. A entrada nessa rede se faz com lupa míope, requer o consentimento à convivência nesse espaço arriscado, onde se faz necessário criar uma orientação que segure a prática em movimento.

Viver junto não é evidente, esse é um dos primeiros embaraços que somos convidados a desembaraçar, e precisamos de um lugar para dar-lhe uma forma, um lugar para tratar o que desse encontro se desassossega em nós com relação ao que é informalizável. Esse lugar é a formação!

É fundamental estar orientado quanto ao trabalho em rede. A orientação que vou usar como linha-guia é aquela que Guimarães Rosa nos entrega em *Tutameia*: “Rede é uma porção de buracos amarrados com barbante.” Trago, a partir desse preâmbulo, três pontos para discussão:

1) O que se oferta na rede de Saúde Mental?

Quando alguém se dirige à rede para tratar seu sofrimento, sabemos que a teoria ajuda, mas nem sempre, diante da complexidade que cada caso apresenta. Não existe uma verdade a priori quanto ao tratamento. Este é um ponto de partida: a oferta é vazia de saber.

O que se oferece na entrada, mais do que um diagnóstico e um saber fazer, é a hospitalidade, a oferta de um lugar para o sujeito depositar o sofrimento que porta em si, para desembaraçar-se disso.

Na porta de entrada, chega um estranho e não sabemos o que ele carrega

na bagagem. Quando se acolhe um hóspede, anunciamos que ali tem vaga, que está vago, que ele pode se encostar por ali. A oferta é vazia, ali há vaga para receber o estranho. A oferta é oferta de um lugar vazio para o sujeito tentar fazer-se caber por ali, com suas coisas e do seu jeito, constrangido com essa oferta que vem na forma do Outro.

Sabemos que, na porta de entrada, o sujeito chega da forma como sua urgência desenha, invariavelmente deformado, pois a urgência do sofrimento transpõe as bordas da apresentação razoável dentro das formalidades do Outro.

A forma do acolhimento é muito importante, é uma questão permanente na formação em Saúde Mental. A forma não se aloja na burocracia, ainda que seja preciso que a instituição tenha uma porta de entrada. A porta, a princípio, tem uma forma, mas as formalidades não podem excluir o imprevisto. A burocracia surda é porta fechada, maciça, pesada que, no lugar de abrir, tomba sobre aquele que não está em condições de esperar. Parece necessário que, desde a entrada, a forma da instituição se ajeite à forma do sujeito. É preciso dar entrada para o seu sofrimento, oferecer hospedaria. Oferecemos hospitalidade justamente porque aquele que chega é um estranho e está desinformado quanto às práticas daquele lugar. Portanto, não cabe exigir do hóspede um modo de chegar adequado à instituição: o sujeito tem seu jeito de chegar e se apresentar. O estranho não cabe mesmo em nenhuma forma, sua forma é a do estrangeiro, essa coisa de bicho gringo, que, depois que chega, precisa de um tempo para se apresentar e se alojar.

No caso da Saúde Mental, esse sujeito chega mesmo assim, desalojado do Outro. Ele é quem vai apontar, para quem lhe oferta a hospitalidade ao abrir-lhe a porta, como pode acomodar essa coisa que o levou até ali, pois ela se alojou nele de mau jeito, causando seu mal-estar. Essa coisa mal ajambrada se furta ao sentido, fura os protocolos, esburaca a burocracia e espera encontrar uma rede para sossegar o sofrimento que carrega. Faltam palavras para falar, mas o sujeito pede, com sua língua estrangeira, que ali haja vaga para alojar esse estranho hospedeiro.

Tem um limite quando se aproxima dessa coisa, essa proximidade afasta a familiaridade discursiva. É estranho! As palavras fogem, falham as receitas e procedimentos protocolares, o script das boas maneiras não funciona bem. Mas, em matéria de hospitalidade, não se trata de maneira boa ou má, de etiquetas; trata-se mais é de inventar uma maneira de receber. Resta a oferta de uma hospitalidade vazia de referências prêt-à-porter.

Isso faz com que a oferta de hospitalidade ao sofrimento mental não seja

confortável, desde a entrada. Sempre sobra um resto, falta um pedaço, não se acerta a forma completamente. Não existe fórmula para a hospitalidade; o que existe é o desejo de hospitalidade. Esse hóspede estranho mostra que não existe uma forma em que ele caiba confortavelmente. A substância que a experiência da loucura traz na bagagem e que se apresenta na demanda é sempre um pouco desalojada do lugar que lhe é oferecido. Os buracos tornam-se evidentes logo na porta de entrada e causam constrangimentos.

A oferta vazia de saber pede a montagem imediata de uma rede que suporte, entre nós, esse monte de buracos que embaraçam. O que faz com que isso se ajeite por ali é o desejo de hospedar, que permite receber e abrir lugar entre nós para esse estrangeiro desalojado, desde a entrada. A oferta de hospitalidade é a chave que abre a porta.

II) O que esse hospedeiro demanda?

Ao se buscar a hospitalidade de uma instituição, procura-se um refúgio, um asilo, a fim de encontrar por ali um lugar onde se abrigar. Qualquer coisa na vida se impôs com uma amplitude excessiva. O vazio de sentido é pleno de uma substância exigente que, sem lugar, suspende-se de modo insuportável, desabrigada do Outro, do sentido, da experiência em comum.

O indivíduo chega em sofrimento, buscando acomodar isso que está fora de si, que caiu fora da mala, e vai perceber de pronto que isso também não cabe no Outro. O sofrimento mental é uma substância que se soltou das ficções onde se amarrara. Isso solto produz intensa angústia. Os recursos sociais e simbólicos, no instante do sofrimento, foram precários para que essa substância por ali se ajeitasse. O sujeito sofre com isso.

O desencadeamento é quando o cadeado da mala se rompe, e essa substância, que estava precariamente encostada por ali, se despreza da cadeia, mostra-se como é: coisa esquisita, desejada, extraída e excluída de si mesma, fora do envelope formal do sintoma. Encontrar na cidade a oferta de um acolhimento para essa substância que faz sofrer pode ser um recurso particular para tratar o estranho mal que aflige.

O sujeito encontra-se perplexo diante dessa coisa fluida e sem forma, perturbadora, que se apresenta fora e solta de si. (As vezes podem ser uma expressão disso, bem como toda série de fenômenos elementares, mas isso não é exclusividade da psicose; toda esquisitice que se aloja na neurose também mostra essa coisa louca que se hospeda e ultrapassa a barreira do sentido).

A presença dessa substância sem igual, singular, desalojada do sentido e da

ordem do mundo, de modo geral, é sinal desse mau pedaço do ser que cada um é levado a tolerar e que leva o sujeito para o buraco, se ele não encontrar uma corda para se segurar com isso. A demanda do sujeito é uma demanda de fazer caber essa substância em algum lugar na cena da vida, ainda que clandestina. Isso solto é uma perdição. Para não se perder disso sem se perder nisso, o sujeito busca inscrever no Outro esse pedaço destacado de si.

Se consigo bem dizer, falo que o sujeito não vive sem isso, mas também deixa de existir se não se separar um pouco dessa coisa... Esse é o embaraço da vida, para o qual é preciso inventar uma medida que regule a convivência com esse estranho familiar, esse hospedeiro forasteiro.

A solução é conviver com isso no Outro, encontrando uma distância suportável dessa coisa em si mesmo. Um esforço para deslocar isso para a esquisitice do laço social (existe coisa mais esquisita que fazer um social?). É o que resta: fazer caber na rede de sociabilidade, nesse espaço em comum, o mal-estar que lhe é próprio, deslocando essa coisa estranha para o laço com os outros.

É que o sujeito vive mal alojado com seu gozo, tem um pedaço de si que está sempre forasteiro de si mesmo, hospedeiro em si mesmo. Contudo, isso nem sempre está solto por aí, às vezes encontra-se trancafiado lá no fundo da mala ou camuflado na superfície. O que enlouquece é quando isso se desamarra e se solta. O sujeito, qualquer um, sem distinção nas estruturas clínicas, está bem consigo no mundo, quando essa coisa doida, esse hospedeiro estranho, se encostou em algum lugar por aí, um pouco afastado de si, mas não completamente. Uns carregam isso no bolso, outros divisam isso pelo olhar através da janela da fantasia. Não é essa a diferença que aqui importa, mas o fato de que isso está sempre por perto, mas habitualmente na clandestinidade, malocado no sintoma. O sintoma é uma forma de fazer algo com isso, de amarrar essa coisa na ordem do mundo, sossegando-a.

Precisamos destacar isso da querela dos diagnósticos, pois o sofrimento mental existe em qualquer estrutura, é a evidência dessa substância do ser solta no mundo. É angústia pura! Aí surge a demanda de tratar disso. Torna-se necessário encontrar um jeito de fazer essa coisa entrar de novo na trama do mundo. Inventar um lugar para aninhar sua exceção. Essa é a demanda que inventa o campo da Saúde Mental. Temos um compromisso com isso.

A exceção do ser causa perplexidade. Precisamos ancorar isso no Outro, caso contrário se vira um ET. No fundo, no fundo, todo mundo sabe de sua excentricidade, sabemos daquela peça solta indecente, escondidinha no fundo

da mala, que nos envergonha se aparecer solta por aí. Mas vivemos buscando despistar essa verdade insuportável aos olhos dos outros. Lembrei-me do Schereber dizendo:

“A única coisa que pode parecer disparatada aos olhos de outras pessoas é o fato, já aflorado no relatório do perito, de que sou às vezes encontrado parado em frente ao espelho ou em outro lugar, com a parte superior de meu corpo desnuda e usando adornos femininos variados, tais como fitas, colares falsos e similares. Isso só ocorre, posso acrescentar, quando estou sozinho, e nunca, pelo menos na medida em que posso evitá-lo, na presença de outras pessoa”.

Na Saúde Mental, diferentemente das outras hospedarias, grande parte das vezes, isso não chega dentro da mala. Ao final, esperamos que o sujeito possa encontrar um jeito de dar uma borda nisso, como fez Schereber. Mas, via de regra, essa coisa enlouquecida toma a frente. O anúncio do desalojamento chega na entrada, pois o sujeito não se apresenta para fazer o *check in*. Mas ali está a sua mala desarrumada, pedaço para tudo quanto é lado. Quem está ali para dar acolhimento muitas vezes acaba perdendo o fio da meada. Difícil encontrar o sujeito no meio de tanta desordem, mas a hospitalidade exige que se encontre um jeito de enlaçá-lo. Clarice Lispector diria: “Temos aqui um hospedeiro buliçoso nas mãos e que escapa a cada instante querendo que o recupere.” Buliçoso? Que bole, que se move sem cessar, que não sossega.

Demanda-se uma forma de sossegar essa substância, hospedeiro fora da lei, que dá causa à angústia ao anunciar, na experiência subjetiva, a sua presença obscena e maledicente, estranha e singular, constringendo o sujeito a topar com sua exceção diante da ordem formal do mundo.

Se seu jeito de chegar é tão desajeitado é porque não sabe como se ajeitar com isso que o atormenta, sua maldição. É preciso recebê-lo, acolhê-lo do seu jeito, para que, aos poucos, no seu tempo, encontre um modo de fazer com que isso se acomode nas palavras e na instituição, despregando um pouco dele, fazendo com que porte um pouco menos da substância de seu sofrimento, para que seja um pouco menos portador de sofrimento.

Que tratamento dar à demanda de tratar da coisa louca?

Já foram tentados os métodos de fazer isso se esconder, de forçá-lo a se enfiar dentro da mala, de qualquer maneira. Esse jeito não funciona, pois a coisa salta fora quando é pressionada. Em outros momentos, buscou-se extirpar

cirurgicamente esse pedaço de mau caminho. Ainda existem os que sonham com hóspedes que se portam higienicamente na vida, sem ter que carregar o mau cheiro de seus hospedeiros. Outra solução, cada vez mais frequente, é estipular o perfil adequado ao serviço, antes de registrar a entrada. Caso o sujeito não corresponda aos tipos listados como hóspedes seletos, é encaminhado para outra hospedaria; e, se o sujeito for um tipo assim meio esquisito mesmo, costuma cair fora da rede, não cabendo, com seu jeito, em lugar nenhum.

Mas o que resta sempre é o fracasso dessas soluções, que excluem o sujeito da sua montagem, pois ele não larga a corda da vida, só se morrer. Fica por ali, apegado, forçando um jeito de entrar com sua exceção. Enche o saco! Quem não conhece um caso assim? Talvez voltar a pergunta para o tipo de acolhimento que se faz na porta de entrada possa tratar um pouco esse tipo de constrangimento.

Parece necessário ter paciência. É da natureza do hospedeiro, agitado pela substância buliçosa do seu ser, andar solto por aí, tumultuando a vida dos outros, demandando tratamento. A hospitalidade se mostra ao oferecer algo para que essa substância solta possa se apegar, sem exigências rígidas sobre o modo como ela ali se apega. Colocar etiqueta foge da regra básica da hospitalidade, que é abrir a porta para receber os estranhos.

A demanda em Saúde Mental é uma demanda por uma forma hospitaleira de receber o hóspede e seu hospedeiro na rede do Outro. Promover a Saúde mental é promover essa estranha convivência; trata-se da formação de um laço do sujeito com o Outro, considerando a presença clandestina e buliçosa desse hospedeiro singular. Talvez assim o sujeito possa, enfim, encontrar ali um destinatário para suas queixas, um parceiro que está em condições de, ao seu lado, suportar seu sofrimento, procurando elucidar sua causa.

É aí que a história começa e mexe conosco.

III) A direção do tratamento: o constrangimento do sujeito na trama do Outro - os informes da convivência

Precisamos da convivência, precisamos do dia seguinte, precisamos acompanhar os modos como o sujeito se ajeita com a oferta, como anuncia sua demanda e as pistas que entrega para dirigir seu tratamento. Uma rede não se constrói sem isso. Mas não há garantias de que esse laço se fará assim de início, nem no meio e nem mesmo no fim. Necessário se faz esperar...Ser paciente. Suportar o sofrimento que, não havendo encontrado ainda um jeito de ali se hospedar, de ali sossegar, anda solto por aí, perturbando o sossego de todo mundo.

Quando isso desassossega a rede, não é o fim... É apenas o começo. Desassossegar com o desassossego do outro é o que de melhor pode acontecer, para se sair da inércia das pequenas miopias. A substância estranha que a diferença exala nos desassossega! Se a formação de uma rede de atenção suportar acompanhar um destino, encontrar uma solução para o que em cada caso exala, podemos apostar que isso se deslocará e terá cabimento na rede familiar, da cidade, do mundo, da vida.

A rede é um movimento que procura suportar o tempo de construção, invenção de uma forma, que procura tecer uma estrutura, ainda que precária, protética, que possa aguentar, na trama do seu tecido, os furos que são vários. Viver é uma furada, pois o encontro é sempre um encontro (a)riscado. Pelos caminhos da vida, deparamo-nos com o furo do Outro, com sua inconsistência, com o vazio de garantia. Se aguentarmos o tranco é porque penduramos nossa aflição de existir na pinguela das ficções, essa ponte que nos amarra ao Outro, e nos seguramos nessa corda bamba. Resta amarrar com barbante, numa rede, os buracos habitados pela angústia, uma ficção que fixe pontos de ancoragem, para que o sofrimento possa abrigar seu mal nas palavras ou nas coisas, nas conversas ou nas artes.

“A forma é que faz conteúdo”, disse Clarice. A formação de uma rede funciona, porque captamos o espírito do sofrimento, buraco que emudece; às vezes, oferecer uma forma flexível e provisória, uma prótese, ainda que vazia e variável, é o que faz com que o sofrimento se expresse encostado no conteúdo das palavras e das obras, que se endereçam a alguém. O importante é que isso possa se endereçar a alguém. Estar ali ao lado é fundamental!

Freud é categórico: a substância se faz viva quando se conjuga com outra. No coalescer entre as substâncias dos seres vivos, o fluido germinal se anima - isso mexe, isso bole - pelo constrangimento do laço, abraço que altera e vitaliza a tendência à inércia.

Temos então, de um lado, a insistência da pulsão que busca seu triunfo, quando consegue morrer ao seu modo. E, do outro lado, o constrangimento do laço, da relação com o Outro, exigências externas, decisivas, responsáveis por obrigar a pulsão a avançar um passo a mais. É a vida que mexe: lascívia. Clarice inicia seu livro *A hora da estrela* assim: uma molécula disse sim a outra molécula e nasceu a vida. (Explosão, escreve Clarice entre parênteses). Não é sem turbulência esse arranjo, esse laço: isso mexe, isso bole!

O laço não se dá sem constrangimento.

A presença de uma rede feita por vários não é simplesmente para acolher o sujeito de qualquer modo, mas para acolhê-lo do seu jeito, porém constrangendo-o com a presença de vários outros jeitos de ser, o abraço que altera e vitaliza a tendência à inércia.

É muito importante que não seja consentida ao sujeito a sua entrega muda e absurda ao mergulho do gozo, confundindo-se, fundindo-se com esse estranho hospedeiro. Digo isso para não nos esquecermos do sujeito quando ele parar de mexer com o serviço. É bom cutucá-lo, espetá-lo um pouco, provocar seu movimento. Trata-se de interpor entre o sujeito e seu sofrimento - seu gozo - as exigências externas, decisivas, responsáveis por obrigá-lo a dar um passo adiante. Mas esse constrangimento não será rígido, o laço é frouxo; entretanto, que haja a tensão de um laço, pois viver junto não é evidente. É a força desse laço, o da vida, que pede um esforço a mais.

Para concluir, algumas palavras sobre a crise que suportamos.

Testemunhamos, entretanto, que, mesmo em casos considerados como sendo “os mais difíceis”, o constrangimento causado pela entrada da loucura na rede pública de Saúde tem sido a possibilidade de construir as respostas mais diversas e inéditas, em condição de realojar o sujeito na cidade, arranjando um modo (nem sempre fácil, mas possível) de fazer caber seu sofrimento no laço social. Isso acontece quando as portas são abertas, se houver o bom encontro com o desejo de hospitalidade pela rede afora. Não é evidente, mas acontece. Contudo, sabemos que, para que isso aconteça, é preciso muito esforço, um trabalho feito por vários, o que dá muito trabalho! Um trabalho! Costurar essa rede hospitaleira é um trabalho e tanto, quando o que orienta é alojar, nesse tecido, o sujeito com seu mal.

Em verdade, a rede é “um monte de buracos amarrados com barbante”. Estamos avisados de seus buracos, quando se tece, a cada dia, um modo de amarração para cada caso. Não existe uma resposta simples para uma questão que sempre será resolvida no tensionamento de sua complexidade.

Entretanto, é na complexidade do acompanhamento, quando ali se avista o buraco que se precipita, é nesse instante que vemos que o sujeito apresenta sua resposta singular e imprevista. E, se estamos por ali, para acolher essa saída, a solução de laço social se faz viva, e é por essas veredas que podemos afirmar que é no acompanhamento do sujeito, também em crise, que a saída possível se avista. De nada adianta aumentar o número de leitos para fazer isso dormir. Isso precisa do movimento de uma rede para sossegar, sem apagar a vida que mexe

buliçosa, animando cada um do seu jeito! “Na vida a gente vive é no balanço!”
É assim que se trata!

O acompanhamento diário nos diversos serviços da rede de Saúde Mental e, além disso, quando necessária, a solução da hospitalidade noturna têm sido fundamentais para responder, a cada dia e a cada caso, como o sujeito tem se arranjado com seu sofrimento e quais as pistas que ele vai apresentando para sossegar-se com isso. Essa é a resposta que está prevista e em curso no projeto de Saúde Mental das cidades, uma resposta tensa, desassossegada – isso mexe, isso bole –; enfim, uma resposta que não abandona o sujeito no acompanhamento responsável de sua crise.

A direção do tratamento, desta forma, está comprometida em enredar o sujeito com o que ele tem de mais singular, considerando o constrangimento do convívio com o Outro. Todos os recursos devem ser postos à mão, para que essa tessitura possa ser tramada: os medicamentos, os materiais de arte, as letras, as palavras, a escuta, etc... Mas, principalmente e sobretudo, que essa oferta seja acompanhada do Outro ali do lado que, com sua hospitalidade, acolha o sujeito, constrangendo-o a um esforço a mais quando ele ousar declinar do convite da convivência, anunciando sua saída. A ausência da garantia não nos impede de fazer a aposta na resposta de sujeito. Uma orientação ética.

É disso que se trata, é essa a direção do tratamento, da hospitalidade ao constrangimento que todo laço suporta. É por aí que o laço se faz – na convivência arriscada por onde cada um é convidado a se virar com a substância do seu ser no Outro!

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS QUESTÕES PERMANENTES À FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ricardo Burg Ceccim⁵

A educação dos profissionais de Saúde nem sempre tem sido orientada pelo outro a quem se destinam as práticas profissionais da Saúde na esfera da atenção/assistência. A qualidade do cuidado não resulta somente da formação dos profissionais, mas uma questão permanente à Saúde Mental é questionar o papel da formação para o desenvolvimento de práticas cuidadoras. As práticas de ensinar e as práticas de cuidar se relacionam com a subjetividade, a subjetivação e a ressingularização permanente de processos individuais, coletivos e institucionais, logo, ambas têm implicação com a Saúde Mental.

Nas práticas cuidadoras, promovemos, produzimos, organizamos e orientamos uma ação que é para o *encontro*. Podemos, entretanto, em certas práticas de cuidado, observar o reverso dessa ação, isto é, verificar a *exclusão do encontro*. Quanto mais uma prática de cuidado trabalhe com as vivências do outro, mais trabalhará com a construção do encontro. Quanto mais essa prática se orientar pela formação de diagnósticos e pelo enquadre de pessoas em determinados perfis da classificação, maior a exclusão do encontro. Quando, antes de promovermos a passagem pelo *outro*, o colocamos em um lugar já definido por uma nosologia, escolhemos encontrar um diagnóstico, mas não a experimentação. Esta é uma provocação inicial: as práticas formativas em Saúde Mental estão orientadas por uma educação para o encontro ou pela exclusão do encontro?

Práticas formativas e práticas terapêuticas

Nas práticas formativas em Saúde Mental observamos o mesmo treinamento

5 - Professor de Educação na Saúde da Universidade de Educação da UFRGS.

para o diagnóstico e tratamento que observamos na clínica em geral: uma centralidade na *assistência* às doenças. O reverso dessa prática formativa seria a orientação para o *cuidado de necessidades em Saúde*. Todos nós - que temos uma formação na área da Saúde - sabemos o quanto nossa educação não envolve a escuta ou a exploração de necessidades, mas a localização de patologias e a respectiva prescrição de condutas. Quando falamos em assistir, é assistir as doenças, admitindo níveis de assistência e fluxos de assistência relativos ao endereçamento de quadros de doença, dados por antecedência ao encontro com os usuários. Cada quadro define, de antemão, uma conduta. Sentimo-nos confortáveis quando o que está ao nosso alcance é encaminhar. Encaminhar aparece como uma medida resolutive, pois ligada ao diagnóstico e a uma conduta correspondente. Dar destino, para fora de nosso âmbito, a alguém que nos demanda atenção de Saúde, não importa o que lhe aconteça na esfera do atendimento de suas necessidades, tem sido uma forma legítima e protocolarmente correta de assistir. É assim: feito o encaminhamento, foi administrada uma conduta prevista e, portanto, está consumada a assistência. Não importa se ocorreu ou não a terapêutica, se o cuidado consumou ou não efeitos de cura. Por exemplo: nos chega um caso *de Saúde Mental* na unidade de Saúde da Família, nós estamos na Atenção Básica, então, encaminhamos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o nosso atendimento está concluído, porque o nosso problema não era a pessoa que chegou, era a doença que nós encontramos ou pensamos ter encontrado. Então, se aquela doença não era para nós, pronto: mandamos tal doença para outro lugar.

Na prática assistencial hegemônica, poderíamos nos referir a uma *hegemonia* do diagnóstico em detrimento de uma *hegemonia da terapêutica*. É diferente nós termos um conceito sobre o outro e ter uma prática de encontro com o outro. A prática de cuidados seria uma prática de construção de encontros. Encontros que deem ao outro ou deem a nós mesmos algum lugar de criação, de reinvenção, de produção. A ênfase na conduta se coloca em contraponto a *aceitar, acompanhar, escutar*. Em uma outra prática assistencial, uma clínica em potência de cuidar. Clínica orientada pela capacidade de dobrar-se ao outro para escutar, acompanhar, aceitar. Não é que nós excluamos o exame (a clínica nosográfica), mas escuta, atendimento ou tratamento envolvem um dobrar-se ao outro, noção presente, inclusive, na etimologia da palavra *clínica*. Essa palavra - clínica - vem do dobrar-se ao leito, dobrar-se ao outro, aproximar-se dele para tomar-lhe os sinais, sentir seus sintomas, é um dobrar-se fisicamente (*klínō* traz a noção de inclinar-se àquele no leito), mas também um encontrar-se com o outro, inclusive fazendo dobra com esse outro.

O terapêutico, então, não é algo que se aprisiona em modelos de conduta ou estilos de serviço; acontece onde a vida tem potência de invenção, de criação, de obra singular. Com isso, estou dizendo que não necessariamente o terapêutico está no ato profissional ou no ato dos serviços profissionais de Saúde, dos serviços instituídos como serviços de Saúde. De fato, muitas vezes a terapêutica, na medida em que ela é acolhimento, na medida em que ela é morada ou *hospitalidade*, pode inclusive estar fora dos serviços ou fora da abordagem profissionalizada no sentido de um diploma. Pode estar nesses lugares, mas muitas vezes tem estado fora desses lugares, inclusive porque eles acabam pouco se oferecendo ao outro e mais às suas doenças. É nessa circunstância que o outro, na condição em que é uma singularidade em movimento, vai buscar a terapêutica em outras coisas ou em outros lugares. Muitas vezes, em coisas ou lugares que são mais danosos que cuidadores, ou somente danosos e nada cuidadores. Acontece de essa busca se orientar por drogas muito pesadas ou por igrejas muito castradoras ou muito constrangedoras, por exemplo. Abordar pela terapêutica seria, então, configurar um tratar, escutar, cuidar, atender na ordem dos encontros. Se abordar terapêuticamente é isso, qual formação levaria a isso? É uma pergunta.

Alguns nós da formação

Eu coloco alguns *nós* da formação em Saúde diante desta pergunta: se ensinamos a diagnosticar e a prescrever e não a abordar terapêuticamente, esse é um nó da formação. Entendo que esse nó, para ser desatado, precisa da operação de seu reverso, não uma educação para o diagnóstico e a prescrição de condutas, mas uma formação para a abordagem terapêutica mediante a produção de encontros, onde se colocaria um entrar em alteridade ou o fazer dobra e, também, um inventar. Ouviremos nós, profissionais da Saúde, de nossos pares, que isso é exagero ou o impossível, que é algo irrealista ou postergação da conduta eficiente e necessária. Também saberemos, a *posteriori* de nossas condutas, que outros cuidadores entraram em cena pela nossa insuficiência. Saberemos dos usuários de nossas ações que profissionais que acreditam em nossa capacidade de diagnóstico, mas pouco acreditam em nossa capacidade de cuidar, recorrem a outros, consciente ou ingenuamente. Haverá quem concorde com nossas medidas de controle de comportamentos, farmacologicamente ou cognitivamente, mas muitos outros, não profissionais, se apresentarão em defesa de melhores condutas: pela criação, entrando os operadores da área cultural – artistas do teatro, da dança, da música, das artes plásticas – ou pela *neutralização da urgência criativa*, entrando os operadores da moral – igrejas,

organizações fundamentalistas, instituições sócio-normativas. Naturalmente que nelas também se enquadram diplomados em cursos da área da Saúde como operadores e como demandantes de atenção. Inventar a si mesmo, inventar os entornos, inventar o mundo, não é algo a que temos sido preparados em nossa educação formal nas profissões.

Quando se fala em inventar a si mesmo, aos entornos e mundos, estamos assumindo que nós não estamos prontos nem somos um *sujeito* definido, mas uma produção, somos uma subjetivação em processo de atualização (Stern,1989). Também produzimos nossos entornos e nossos lugares de estar, produzimos mundo. O mundo não é algo que está dado, é algo que resulta da nossa produção. Não estou falando de tomarmos consciência e atuarmos segundo os padrões informados por nossa consciência. Se somos subjetivação, nossa consciência também é produzida por nossa subjetivação. A questão está em o que fazemos diante de encontros. Quando nos dispomos aos encontros, quais encontros selecionamos? Como podemos ajudar ou orientar a produção de encontros?

Para ensinar a aprender um tratar, cuidar, atender, escutar, um conjunto de práticas precisam nos colocar diante do outro, do diverso, do estranhamento. Isso difere profundamente de introspecção, de pesquisa da própria subjetividade ou de entrar em contato com seus próprios sentimentos, é um diferir-se, defasar-se, é um compor-se pela alteridade. Tampouco é uma operação de tomada de consciência, é um *possuir-se*.

Ocorre-me uma cena do filme *Billy Elliot* (Daldry, 2000). Em um teste para a Real Academia de Dança, de Londres, a professora examinadora pergunta ao garoto que dá nome ao filme: “O que você sente quando dança?”. Billy responde: “Não sei”. Como se buscasse a resposta fora da razão, a resposta da sensação, deixa algumas palavras saírem, como em um balbucio: “No começo, é difícil, mas, depois que começo... eu esqueço tudo, eu desapareço. Parece que desapareço. Eu sinto uma mudança no meu corpo, todo, como se tivesse um fogo. E eu fico ali... voando... Como um pássaro, como a eletricidade. É: eletricidade”.

Algumas necessidades ou algumas práticas são necessárias à formação. Dessegregar as singularidades, ou seja, abrir e abrir-se às ressingularizações. Essa palavra - dessegregar - não é uma palavra muito popular, não se usa muito essa palavra, mas dessegregar é desmanchar uma segregação, é aceitar ativamente. Nós exercemos práticas segregadoras regularmente. Seja para o que diagnosticamos, seja porque nos encontramos de maneiras diversas com classes sociais diversas, seja porque nos encontramos com nossos usuários de maneiras

diversas, a depender do local onde nosso serviço existe ou da placa constante à porta dos serviços onde nos encontramos. Se a placa da porta de nosso serviço diz CAPS, já se põe uma segregação aos seus usuários, produzida por quem está dentro e por quem está fora. Foucault, há muitos anos, falava (e analisando toda história, não só a história da loucura, mas a história das instituições) sobre o quanto a história se faz segregando dentro e fora, como coisas absolutamente distintas e, portanto, ocupando um lugar definido, discrepante, a ser evitado, preservado de contaminação ou identificação um pelo outro (Foucault, 1990). Também *desinstitucionalizar* é uma palavra-ação necessária, porque, se de um lado nós segregamos, de outro também são institucionalizados serviços e profissões. Em 2004, escrevi um artigo intitulado *Equipe de Saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos* (Ceccim, 2004) com o esforço de dizer algo diferente da interdisciplinaridade no tocante ao trabalho em Saúde, almejando a desinstitucionalização, para acentuar a invenção, a criação, o conforto nas zonas de indiscernimento, a não defesa da fronteira de distinção, mas das fronteiras de encontro, de desfazimento, de ativação de novidade, de contaminação dentro-fora/fora-dentro, de atualização. As instâncias de maior defesa das fronteiras profissionais são a formação e a regulação do trabalho, o papel das agências formadoras e das agências de regulação do exercício profissional. A contradição é que a principal instância de ruptura com essas demarcações é a da pesquisa, pois os grandes pesquisadores sabem que o avanço do conhecimento científico e da potência do cuidado para a vida do outro (na condição de um andar a vida) decorrem da cooperação, colaboração e cruzamento de saberes formais, vivenciais e de práticas de si.

A formação tem um lugar de grande relevância na produção de um corpus de pensamento, de um *habitus* profissional ou de um *animus* ao trabalho. Não se trata da transmissão de informação, mas de um transmitir-se: como pensamos, sentimos, queremos a nós mesmos, nossos entornos, nosso mundo. Transmitimos - nossos cenários, nossas práticas, nossos saberes - nosso *movimento impetuoso da alma*, a que chamei em um artigo por *imaginários da formação* (Ceccim et. al, 2008).

A formação universitária, particularmente, e a formação técnica também são formações para uma profissão. São formações que habilitam legalmente para determinadas práticas. O tal do diploma que nos autoriza a saber e a fazer determinadas coisas. Há uma produção de imaginários ou reprodução das representações sociais para a preservação dos lugares de poder saber, poder fazer, poder dizer. O diploma na parede é a imagem do formado, da autoridade diplomada. Nós fazemos a distinção dos diplomados e dos não diplomados. Os

diplomados têm autorização de exercício profissional e esse exercício profissional é fiscalizado por órgãos de exercício da profissão. Então, penduramos o diploma na parede. Muitos consultórios do passado tinham diplomas na parede. Hoje nós vamos para uma unidade básica de Saúde ou um CAPS e não há mais esse diploma na parede, porque aquele local de trabalho não é *nosso*. Entretanto, assim os usuários devem nos ver. Nas cartilhas de serviços de Saúde ou nos livros didáticos, a imagem dos serviços de Saúde ainda é a do consultório, da conduta individual de um doutor que diagnostica e prescreve condutas. A imagem do diploma na parede ainda está lá, é a autorização do exercício profissional. Posso mostrar uma imagem, retirada de uma cartilha do Ministério da Saúde, intitulada Ana Melo na Escola, integrante do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, de 2002, dirigida ao público da escola básica (o que faz ali, no consultório da unidade básica de Saúde, o diploma na parede?):



A formação arrasta imaginários da formação e do trabalho, de um lado formando ideias, imagens representações, de outro formando corpus, habitus, ânimos que precisam da mobilização de um novo/outro movimento impetuoso da alma. O que a formação tem feito, afinal? Como dialoga com a possível ativação desse movimento? Eu estou dizendo que é necessário desapegar desse diploma que autoriza o exercício profissional e aceitar que nosso diploma nada mais é do que uma certa entrada num espaço de produção que vai ter que se encontrar com tudo que é diverso de nós. Sejam outros saberes, outras profissões, usuários. Então, nós imaginamos que dá para defender um território

profissional com fronteiras claramente definidas; eu acho isso impossível, eu acho isso indesejável, e é isso o que eu acho indesejável na chamada lei do ato médico, com todas as suas múltiplas versões, incluindo a última. As profissões ou os cursos de formação não conseguem avaliar que o que há para mudar é essa rigidez de fronteiras ou esse lugar absolutamente demarcado. Precisamos de mais demarcações? Se faz mesmo necessário demarcar um lugar à profissão hegemônica da Saúde? Cujo imaginário e realidade dispõem do poder de intervenção em qualquer face da Saúde e adoecimento humano? Para que se faz necessária uma tal Lei? Por que não defendemos uma demarcação ou as demarcações necessárias à capacidade de cuidar in actu, mas tão somente de representações formais - frozen - dessa capacidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) propôs uma Câmara de Regulação Profissional em 2003 para negociar fronteiras e territórios em tempo real com o contemporâneo, aos moldes de um Comitê da Bioética, “julgamento” sempre in actu das práticas, não a rígida e perene normatividade disciplinar. Não funcionou, não contou com recursos conceituais de ordenamento, estruturação, configuração. Na hora em que sentamos para negociar a demarcação de um e outro profissional, nós instituímos/institucionalizamos a demarcação, não a comunicação/interpenetração/composição viva.

A minha questão é deixar essa demarcação sempre frágil o suficiente ou permeável o suficiente para que seja capaz de corresponder ao outro no que ele me demanda e no que eu sou capaz de buscar como oferta, seja por conta de uma equipe, seja por conta de meu empenho, seja por conta de minha sensibilidade, seja por conta da relação de alteridade que eu estabeleço com o outro. A alteridade é outra palavra muito complicada. Referimo-nos à alteridade como o outro, mas é fundamental reconhecermos o contato com a alteridade ou a abertura à alteridade, de tal forma que esse outro produza alguma diferenciação em nós. Que esse outro, de fato, modifique alguma coisa em nós e, portanto, se estabeleça uma possibilidade de que eu o veja ou de que eu esteja com ele de uma maneira mais disponível.

A entredisciplinaridade é uma palavra que eu inventei para colocar esses termos. Eu coloquei a entredisciplinaridade pensando nas profissões. Era um texto discutindo as profissões de Saúde, e eu dizia: todas as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar, mas, mais do que atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, elas devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada. Eu acho é que os lugares devem ser invadidos, isso não se faz sem

responsabilidades. Isso não se faz sem a orientação pelo cuidado necessário ao outro. Isso não se faz sem a construção de práticas cuidadoras que é todo o destino para onde essa expressão se dirige. Aliás, o texto discute exatamente isso. O que são práticas terapêuticas? Então, dessegregar e desinstitucionalizar, mas, também, enriquecer as substitutividades-dispositivos. Duas palavras difíceis, e eu as uni. Difícil até de pronunciar, mas talvez a pronúncia seja menos difícil que sua prática.

Dessegregar quer dizer romper com lugares que produzem identidade. Desinstitucionalizar quer dizer derrubar fronteiras ou paredes que demarcam por normatividades antecedentes os lugares. A substitutividade é, então, produzir os novos lugares, lugares que substituam práticas existentes. Na Saúde Mental, falamos regularmente de prática substitutiva quando ensejamos o fim dos manicômios. A substitutividade do manicômio, seja pelos CAPS, seja pela atenção em Saúde Mental na atenção básica, além de substitutiva, precisa ser dispositivo. Ser dispositivo quer dizer inventar redes de práticas, não se instalar/se aboletar em um equipamento extra-hospitalar e preservar-lhe os conceitos/práticas discursivas. Não basta dizer não aos manicômios, é preciso afirmar certas práticas. Não adianta dizer que não é mais o manicômio, que agora é o CAPS, porque aí o CAPS, talvez, seja só um manicômio diferente. Não nos interessa isso, a substitutividade deve ser sempre colocada: o que, de fato, estamos substituindo? A noção de dispositivo vem para dizer que toda substituição só é dispositivo, a substituição se mantém em produção de práticas, de processos, de relações, de interações, de redes.

Precisamos, na formação, desdobrar todas as estratégias disciplinares produzidas ao longo da modernidade. Desdobrar: verdades com “formas”, configurações, arranjos, uma certa dobradura das informações do mundo; se desdobradas, reformam-se, reconfiguram-se, rearranjam-se. Se verdades são dobras, não nos oprimem, convocam nossa atividade. Na relação com os serviços, na compreensão do que sejam as redes de serviço, tenho proposto as linhas de cuidado. Nós não seríamos capazes de atender a todos os tipos ou perfis de demandas de alguém em um tipo qualquer de serviço, então os serviços podem ou devem se colocar em linha do cuidado - como rede - ou produzindo interface uns com os outros. Eu tenho usado a imagem da mandala, objetivamente uma imagem de rede, de dobras e desdobras, de movimento, forma que deforma, forma, alterando o que é dentro, o que é fora. Escrevi um texto designado como Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de Saúde (Ceccim e Ferla, 2006) no esforço de ensejar outro imaginário de trabalho e

formação, a ser acoplado à ética da entredisciplinaridade.

Tenho falado em redes em formato de mandala para dizer que as redes têm desenhos que são feitos pelos seus próprios operadores, sejam eles usuários ou trabalhadores, e não aquelas definidas por padrões de menor a maior complexidade, tão familiar aos encaminhamentos, às classificações de doença. A complexidade se refere à concentração de recursos tecnológicos por equipamentos. Além do centro nas condutas, se junta ao desenho da atenção o centro nos equipamentos. Designar às condutas e aos equipamentos como de alta complexidade, o que inspira a formação, incentiva modelos e orienta estilos. O conceito de complexidade tem sido usado para falar das doenças e do uso de equipamentos para procedimentos. Não tem sido usado para falar das pessoas. Como tem sido usado para falar das doenças, segue a descrição nosográfica, não a singularidade caso a caso, sempre referida, mas não inspiradora do sistema de práticas. Um exemplo: fratura exposta em membro superior de criança em idade escolar. A conduta será complexa, necessário o atendimento urgente em hospital de pronto-socorro em trauma. Pronto-socorro é um lugar complexo, fratura exposta tem que ir para esse lugar complexo. Aí a criança é indicada à unidade básica, se necessário. A fratura era resultado de violência doméstica. Ah, isso não é nada complexo, o complexo era a fratura exposta, mas a violência doméstica é uma coisa básica, atenção primária, atenção básica, nada de complexo, qualquer um sabe o que sabe fazer.

Outro exemplo: hipertensão, duas pessoas com pico hipertensivo que se queixam de intensa dor de cabeça assim que retornam do trabalho para casa. Uma é professora em escola pública, foi atendida na urgência clínica. Indicada à perícia médica, obteve 15 dias de licença para tratamento de Saúde, podendo retornar às aulas de ioga interrompidas pela época de preparar e avaliar as provas de final de ano. Outra é faxineira diarista, trabalha em um condomínio, duas casas de família, prepara alimentos da semana para dois moradores do condomínio, tem três crianças pequenas em casa. Com a mesma indicação de repouso relativo e adaptação ao tratamento a ser iniciado, vai ficar sem renda por todos os dias sem comparecimento ao trabalho, o que quer dizer falta de recursos para alimentação e transporte das crianças. O pico hipertensivo em uma é o retorno a uma prática protetiva, em outra, o risco de um acidente vascular.

As reais complexidades não são relativas aos quadros nosológicos, mas às experiências de adoecimento e de tratamento que nós temos. Quando falo da mandala, quero dizer da rejeição à imagem da pirâmide que coloca o hospital universitário lá no topo e a atenção básica aqui na atenção primária, porta de

entrada. A pessoa é obrigada a fazer esse percurso, goste ou não, more perto ou não deste ou daquele serviço. A pessoa é obrigada a um desenho que nós fizemos segundo o nosso conceito profissional de Saúde, que pode não ser correspondente às circunstâncias dos usuários. Endereço dos serviços de Saúde é uma coisa e os trânsitos da pessoa pela cidade é outra. Onde mora nosso possível usuário, onde ou com o que trabalha, a que lazer tem acesso? Como ensinamos e o que aprendemos sobre o trânsito dos usuários pelos serviços?

Tive um debate interessante em um curso de formação de agentes comunitários de Saúde (ACS). Eu estava ajudando os professores na produção do material didático para a formação técnica em ACS. Eu li o material e devolvi avaliações de sentido. Nada mais preso a um território do que o trabalho de agente comunitário de Saúde, cuja empregabilidade depende dessa vinculação. Quando li o texto que eles fizeram sobre território, eu fiquei completamente perturbado; aí eu não resisti a discutir o que era esse endereço, o território, a base de exemplos e de situações. No final, a discussão inverteu conceitos, mas o principal não foram os conceitos, mas o tipo de discussão que nós fizemos, ou seja, a quem interessa essa definição de endereços que nós fazemos nos serviços. Se ao próprio serviço, às pessoas ou às doenças? O território presente na formação em Saúde mental é o geográfico ou aquele que aponta os afetos, a política, as éticas do viver? A quem interessa esse serviço, o que nós rastreamos nos territórios? Faz algum tempo, entre os teóricos do SUS, revisamos a noção de território como configurações subjetivas, mas nós rastreamos no território quantos colos de útero vieram para coleta de exame preventivo do câncer, quantas mamas vieram para prevenção do câncer de mama. As mamas e os colos vêm ao serviço, ou as mulheres? Se elas não vierem, nós mandamos o agente comunitário na casa delas, mas o que temos de atender, contabilizar e rastrear são exames de mama e de colo de útero. A mulher, que deve reconhecer a importância da prevenção do câncer, tem recebido adequado e suficiente reconhecimento de seu corpo como sede de prazer, sexualidade e beleza?

Educação permanente em Saúde

Para acionar/mobilizar laços entre rede de serviços e redes formativas ou a educação em serviço para que acione/mobilize práticas cuidadoras, um recurso de educação emergiu no Sistema Único de Saúde em desdobramento dos princípios do trabalho em equipe, da atenção integral aos usuários de serviços de Saúde e da Saúde como produção de qualidade de vida. Esse recurso, a Educação Permanente em Saúde, na forma como está documentada nas primeiras decisões

do SUS a seu respeito, ganhou território de expressão em 2003, numa torção de linguagens até então vigentes no âmbito da correlação entre formação e trabalho em Saúde. A torção foi atravessar o trabalho pela formação, não formar para ajustar a qualidade do trabalho. Atravessar o trabalho pela formação quer dizer interrogar o trabalho. Interrogar a inserção dos trabalhadores, as relações entre os vários serviços, a compreensão das implicações do trabalho com a vida de seus usuários e como o cotidiano serve à construção de conhecimentos e práticas, além de interrogar sobre o cruzamento dos saberes de si, saberes da experiência e saberes formais. A torção era relativa à vigência da formação como preparação para o trabalho, capacitação, sensibilização, treinamento, introdução à mudança de práticas. Torção porque nascente das implicações individuais, coletivas e institucionais, das interrogações desacomodadoras de cotidianos, da ativação de linhas de cuidado em redes e da mobilização de interfaces entre trabalho, educação e cidadania: implicação, mas não *aplicação*.

Então, a Educação Permanente em Saúde não surgiu apenas como uma estratégia pedagógica, por isso o grande esforço observado em diferenci-la de Educação Continuada (não sem verificarmos a adoção da designação especificada como apenas uma nova *nomenclatura* para as formações no âmbito do SUS). Um modo de fazer a educação, mas também a disposição a uma formação que faça encontrar, que faça conversar e que faça estabelecer contato, pontos de conexão ou nós das e entre redes possíveis. A Educação Permanente em Saúde foi pensada, em 2003, como a tessitura dos nós. A tessitura envolve fazer com que pontos díspares tenham a ver um com o outro e, nessa medida, sejam menos dispersos em ação, intervenção ou produção. Talvez não sejam necessários cursos, mas as pessoas se encontrarem, conversarem, compartilharem textos, compartilharem conceitos. O que está em jogo na educação permanente é um trabalho ou um lugar de trabalho exposto à transformação ou à modificação porque deseja encontrar-se com os seus usuários e deseja construir a integralidade pela rede ou - pela mandala - por linhas de cuidado e não com a fragmentação. Essa formulação traz implicações quanto ao que e como organizar para o trabalho na Saúde.

Os coletivos em autogestão, essa defesa que eu faço e motivo pelo qual rejeito as teorias do trabalho que afirmam a cogestão, essa defesa da maneira mais enfática possível, é a de que nós possamos nos reunir e conversarmos sobre o que fazemos, colocar em análise aquilo que fazemos em conjunto, estabelecer diretrizes para a nossa prática coletiva. Precisamos de autoria no cotidiano do trabalho. Temos feito queixa, regularmente, de que, quando o gestor muda, caem por terra todas as novidades. O gestor muda e as práticas acabam? O gestor mudou e tudo que era bom se foi? Se o gestor mudou e tudo que era

bom se foi, não fomos nós que fizemos. Isso é um problema muito sério. Eu acho que os gestores são, sim, disparadores. Eu tive a experiência de gestão inúmeras vezes e todas as vezes em que fui gestor fiz muita coisa, mas fiz muita coisa com as pessoas. Também o fiz porque fiz com as pessoas. Quando as pessoas fazem ou quando as pessoas, de fato, se colocam no processo de autogestão, não é o gestor que vai embora levando as práticas consigo. Encerra-se um certo perfil de disparos, mas as práticas das pessoas não necessariamente mudam, porque elas enxergam o mundo de determinado jeito, são as pessoas que podem não ter mudado, porque elas estavam em cogestão e seguirão em cogestão. Por isso eu defendo a construção da autogestão, o reconhecimento de que os lugares de trabalho são lugares em autogestão para que nós nos coloquemos na condição de atores ou de protagonistas do trabalho que nós fazemos. Retorno à Educação Permanente em Saúde: sua presença é um disparador, não requer pares, requer redes de conversação. A conversação é com outros que não estão necessariamente no mesmo ambiente físico que nós, mas constroem a nossa prática.

Posso dizer que a Educação Permanente em Saúde ganhou uma formulação singularizada ao SUS e, também, aos estudos que coordeno em rede científica nacional de Educação e Ensino da Saúde (diretório de pesquisas junto ao CNPq), em que pode ser entendida como diagrama de círculos e redes, isto é, a necessária roda local de conversações (círculo de cultura), sua interlocução com outras rodas, o efeito de dobradiça da interlocução sobre o círculo de cultura, seu efeito de reverberação nas redes, em circunvoluções permanentes. Os círculos são problematizações “de dentro”, o esforço pela interrogação pelo conjunto de atores da implicação “local” (onde os encontros constituem territórios de realidade), as redes são dobramentos e desdobramentos com o fora, o efeito de dobradiça é o abalo ao círculo original, o seu falseamento, a sua recomposição para não perder atualidade. Uma vez recomposto, seus efeitos de reverberação serão outros na rede. Essa ação educativa de aprendizagem por interrogação, de aprendizagem em invenção de estados de ser e estar, de composição de coletivos de aprendizagem por protagonismo local e protagonismo em rede, é que retira a educação da forma escolar e a coloca na forma da produção de mundos, por isso Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, entendendo a rede como a problematização, a interrogação, o questionamento permanente das práticas, dos fazeres e das soluções que adotamos. Porque as soluções que adotamos, que nós sempre afirmamos que funcionam para um lugar e não funcionam para outro, assim só dizemos, assim não praticamos. Queremos sempre achar um modelo que funciona para, então, implantarmos. Fugimos da aprendizagem, optamos pela reprodução. Aquilo que uma vez implantamos, definiu, temos certeza que deve ser preservado para

sempre como se não devesse voltar a ser interrogado outra vez, dando inclusão à novidade e à emergência de realidades. A problematização permanente que estou propondo se faz em redes e círculos, como efeitos de dobradiça dentro-fora, em ativo movimento de dobra (ressingularização permanente).

Quem mais tem a experiência ruim do trabalho entre pares, embora não concordem comigo, são as agências de fomento à pesquisa e os periódicos científicos. Os pares não são sujeitos da implicação, são colegas. Em avaliação, usamos a linguagem da triangulação de métodos para inserir o olhar terceiro, não o dos colegas (Minayo et al., 2005). Por exemplo, qual a apreciação dos usuários quanto ao trabalho em Saúde? É a mesma que se verifica entre os colegas de profissão? Entre atores do ensino e do serviço? Já vemos a distinção entre colegas e terceiros. A revisão por pares, questão de honra na produção científica, não poderia se dar sem a ação de alteridade com aquele que é avaliado. Na revisão por pares, temos a competição, a exclusão, a definição de um determinado campo, nós temos preferência por um determinado tipo de análise e excluimos aquilo que é diverso. Uma educação permanente se coloca também diante do diverso. A grande sala de aula não é a sala de aula dos cursos, a grande sala de aula é a escuta pedagógica. Estou usando as palavras pedagógica e escuta associadas para dizer que se trata de uma escuta do que fazemos (a realidade) e do que produzimos (o socius), que tem uma intencionalidade de educação, de formação, de prática educativa.

Eu aponto alguns caminhos para essa escuta que seria a escuta pedagógica: um interrogar-se e interrogar aos coletivos, um fazer-se questão e promover coletivos de conversação em rede. Tornar o cotidiano pesquisa-ação, gerar espaços de trabalho como formas de criação e expansão permanente, pôr em contato quem com quem pode aprender. Destruir, inventar, aumentar as potências e as imanências recíprocas do viver, conhecer, fazer, com imanências recíprocas do viver-conhecer-fazer ou, retomando Billy Elliot, com eletricidade.

Cotidianos

O que eu estou dizendo com imanências do viver-conhecer-fazer é admitir que o viver é imanente ao conhecer e fazer. É imanente ao fazer, viver e conhecer. É imanente ao conhecer, viver e fazer. É isso que eu quero dizer, é imanente da nossa prática a produção de saberes, a ampliação de possibilidades ou de potências para novas práticas, para outras práticas. Além disso, tomar o cotidiano em pesquisa-ação, lugar para fazer-se questão (a si mesmo ou de si mesmo), fazer coletivos em autogestão (tomando-se em questão), trabalhar em

cima de conceitos, valores e conhecimentos formais como prática experimental de laboratório do pensamento.

Houve um período em que nós falávamos muito da pesquisa-ação, basicamente nos anos 1970, era uma coisa relevante, falávamos em pesquisa-ação porque queríamos a presença do outro, porque queríamos a pesquisa em círculos e rede, mas havia um suposto da consciência, do esclarecimento superior e engajado. Podemos falar de Michel Thiollent (Enquete Operária ou a comunidade pesquisador-pesquisando), marcando a entrada da classe trabalhadora na pesquisa científica em ciências sociais; de Ivar Oddone (Comunidade Ampliada de Pesquisa), marcando a entrada do trabalhador na produção de conhecimento implicado com a realidade do trabalho, conhecimento capaz de dialogar com as vivências; e, mais recentemente, de Yves Schwartz (Comunidade Científica Ampliada – CCA), autor que coloca a pesquisa como dispositivo de aprendizagem no trabalho, gerando ação de si, ação de trabalho e ação de saberes formais (Thiollent, 1985; Oddone et al., 1986; Schwartz, 2000).

Nós paramos de falar de pesquisa-ação como se fosse um modo de pesquisar engajado politicamente e não academicamente. Então não se faz mais pesquisa-ação ou essa não é uma prática cotidiana, nós fazemos regularmente pesquisa de representação. Sabe-se muito sobre o outro, não se sabe nada com o outro. Como no trabalho de cuidar, atender, tratar. Pesquisa com base em entrevista e diagnóstico com base em exames. A pesquisa de representação, por mais que ela seja um retrato de um tempo ou de um momento, ela é o retrato de um tempo e um momento, reinterpreta a realidade, mas as dobras que se fizeram e que estão se fazendo quem as detecta? Por onde? Em quais práticas? Como a pesquisa pode ser motor disparador de práticas e não apenas de informação? A pesquisa-ação não só é um motor disparador de práticas como ela reconhece no trabalhador um pesquisador, ou no usuário um pesquisador. Aquele que participa da pesquisa é um pesquisador.

A Educação Permanente em Saúde reivindica um tornar visível pelo conversar sobre, pelo perguntar-perguntar ao cotidiano e produzir atos coletivos de ensinar-aprender. A pesquisa-ação é uma das ferramentas de Educação Permanente em Saúde para quem está, como eu, dentro da Universidade ou, como já estive, dentro de uma Escola de Saúde Pública. Podemos estar em rede com os serviços, os movimentos sociais, os gestores implicados com o SUS, armando círculos e redes num primeiro momento e textos-dobradora no seguinte. Podemos ter usuários, trabalhadores e gestores que compõem grupos de pesquisa, que compõem práticas de pesquisa, que compõem a análise de

resultados ou a possibilidade de interpretação sobre dados que são coletados e são visualizados na realidade. Eu tenho tido essa experiência com investigações no meu núcleo de pesquisas e tenho tido práticas absolutamente interessantes, seja na expressão de resultados, seja na produção de conversa. O trabalhador do serviço ou os usuários não têm a mesma pergunta formal que nós temos, aquela que leva ao relatório ou ao artigo publicado. O simples fato de compor o grupo de análise, o fato de compor o grupo interpretativo para si é pesquisa e, de fato, é nele ou nas próprias pessoas que a pesquisa (educação) acontece. Essa noção de que o cotidiano pode ser um lugar de pesquisa-ação é a do reconhecimento de que nós sempre produzimos conhecimento que pode ser sistematizado e que faz confronto em redes de conversa.

As várias modalidades de formação

São várias as modalidades de formação, assim como são várias as modalidades de interação e integração, e são várias as modalidades de exposição quando falamos de práticas educativas. Temos a graduação nas diversas profissões da Saúde e a ênfase ou não desse ensino à terapêutica das necessidades em Saúde. A terapêutica como um processo multiprofissional, interdisciplinar e em rede com as práticas sociais pode ser uma tarefa da graduação nas profissões da Saúde se temos em vista a Saúde mental. A ênfase na multiprofissionalidade e na interdisciplinaridade, incluindo a busca de cenários comuns integrados (seja na sala de aula, seja em campo de práticas), é uma questão permanente à formação em Saúde Mental, menos aderida ao psicodiagnóstico e à prescrição de condutas.

As linhas de cuidado em Saúde Mental, pensando na horizontalidade da atenção e continuidade, em rede, em processos cuidadores, desarmam a rótulo dos serviços (hospital, CAPS, oficinas) em uma especificidade da especialidade Saúde Mental. A terminologia psiquiátrica ou manicomial atribuída aos serviços será sempre ruim porque incluirão essa margem de dobra na dobra que fizerem. Não é de serviços psiquiátricos ou manicomiais que precisamos, precisamos de atenção às singularidades que se expressam em sofrimentos e transtornos mentais, estes são expressões da existência. Na ordem do cuidado (não do diagnóstico ou da nosografia), mais se aproximam das noções de deficiência ou necessidades especiais que de doença. O conhecimento e os profissionais da psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, atenção psicossocial etc. precisam integrar-se aos serviços de Saúde e/ou integrar em si a variação dos serviços de Saúde.

A horizontalidade e continuidade da atenção são demarcadores porque, na ordem do encaminhamento, fazem ver que, se eu encaminhei alguém, esse alguém continua em atendimento, seja porque eu acompanho a pessoa, seja porque estou ocupado com ela e o trânsito que ela estabelecerá nos serviços. Isso para os estágios acadêmicos é uma coisa muito ruim. A maioria de nós com formação em Saúde tem essa experiência nos estágios, vemos as pessoas que estão naquele serviço, encontramos-as num estado e acompanhamo-las na exata duração do estágio, atendemos ao estágio em que a pessoa se encontra. Não sabemos como ela engendra a vida sem pertencermos ao prolongamento da atenção. Pode parecer uma vitrine de várias coisas distintas a serem feitas. A linha do cuidado, então, vem dizer de outra disposição. Acompanhar pessoas no seu trânsito pelo serviço de Saúde.

Falei da graduação, mas há a especialização e as residências. As residências na Saúde Mental serão residências médicas ou residências na área profissional da Saúde Mental, destinadas para quaisquer profissões da Saúde que possam operar de maneira integrada e mais propriamente colocada dentro do SUS. Na residência, a noção de linhas de cuidado deveria ajudar a fazer com que cada especialidade se visse em qualquer serviço da rede de atenção, não apenas no serviço onde a residência está sediada. Por exemplo: vou fazer psiquiatria no hospital universitário: fico na área de internação, urgência e ambulatório desse serviço ou passo pela rede básica, oficina de geração de renda, apoio matricial à Saúde da Família, apoio matricial à educação especial, pelos vários perfis de CAPS, pelos equipamentos da cultura e sociais etc.? O que faz um profissional de psiquiatria em relação às práticas intersetoriais se isso não está presente na residência? Se a residência não opera com linha do cuidado, como apropriar-se de tal experiência? Se uma residência multiprofissional em Saúde Mental ocorre integralmente dentro de um CAPS, não sai desse lugar, não tem práticas intersetoriais e não tem práticas com a rede de serviços, é a mesma coisa. Depois que nós temos uma habilitação especializada, espera-se de nós a capacidade de apoiar generalistas ou especialistas de outras áreas, teríamos de ter sido expostos a tal aprendizagem, valor, possibilidade. É preciso que, ao longo da residência (formação de especialistas), tenhamos trânsito e formação na linha do cuidado, não em um único lugar.

A história de nossas residências é a de habilitar um serviço para que ele sedie a residência, oferecendo em seu interior as condições necessárias à competência técnica de um especialista daquela área. O conceito é o da habilidade em procedimentos de diagnóstico e de conduta naquele âmbito, inclusive porque se supõe especialistas em lugares especializados e exclusivos

da especialidade, lugar que recebe encaminhados. É atual e decorrente do debate sobre a transformação das redes hierarquizadas em níveis para as redes em tramas e linhas que as residências possam ser em locorregião (um conceito absolutamente enfatizado ao lançamento da política de educação permanente em Saúde), que a residência seja no município, que a residência seja na linha do cuidado, e não em um serviço como o lugar habilitado para ofertar programas de residência.

Especializações acadêmicas (não em área profissional das especialidades clínicas) podem ser dirigidas aos gestores, pensando principalmente na condução das políticas de Saúde Mental, para profissionais de quaisquer áreas, não necessariamente da Saúde, pensando na compreensão ampliada da Saúde Mental. Pode ser uma especialização em teorias e práticas da clínica, então estaria voltada aos profissionais do cuidado ou da atenção integral em Saúde Mental. Pode ser uma formação para educadores, pensando a condução de políticas e práticas de formação ou o desenvolvimento de práticas docentes, de preceptoria e de pesquisa. A residência não é única modalidade de formar especialistas, mas a opção pelo formato de cursos precisa envolver práticas didáticas de mobilização, convocação, exposição subjetiva dos alunos, para que não seja apenas informativa.

Outra modalidade de formação são as vivências ou vivências-estágio, vivências em serviços, em redes ou em sistemas de Saúde. As vivências têm sido trabalhadas em nosso país numa proveniência do movimento estudantil. Inicialmente surgidas entre os estudantes de ciências agrárias (agronomia e veterinária), prestavam-se a conhecer a realidade discrepante dos agronegócios, dominante na universidade, para aprender com as populações sem terra o significado da terra e da subsistência alimentar. Posteriormente, os estudantes de medicina provocaram a mesma ação, buscando a rede de atenção básica no SUS em contraponto ao desenho do hospital-escola ou do consultório privado. Mais recentemente, são os estudantes de psicologia que constroem territórios transdisciplinares de vivência em serviços substitutivos.

Tenho trabalhado com o conceito de vivência, que não é o de estágio formal dos cursos profissionais de graduação, nem o estágio curricular, mas a vivência em espaços abertos de trânsito aos estudantes, o que pode ser em serviços propriamente ditos, em uma rede ou em um sistema municipal de Saúde. Essas vivências são lugares de oportunidade e de oportunização de contatos, de confrontos, de experimentação, de exposição. No Rio Grande do Sul, há vários anos, a cidade de São Lourenço do Sul, uma cidade do extremo sul, acolhe ou

recebe estudantes organizados entre si nos meses de maio a cada ano como parte da luta antimanicomial, já faz parte da política municipal de Saúde Mental e da agenda dos diretórios acadêmicos dos estudantes de psicologia das principais universidades gaúchas. Os estudantes se organizam autonomamente, chamando à vivência de transdisciplinar em Saúde mental. Organizam-se entre si, não têm professores, a não ser professores convidados para abordar algum assunto ou instrumentalizar conceitos e práticas demandados, tem duração de 15 dias e envolve o serviço residencial terapêutico, os CAPS, as equipes de Saúde da família, o atendimento domiciliar e a produção cultural. Esse é um movimento em autogestão, volto então para a Educação Permanente em Saúde com seus movimentos de autoanálise e autogestão, tomando a própria educação como instrumento de gestão de cotidianos e montagem de redes de conversação.

A formação de Acompanhantes Terapêuticos também se coloca à formação em Saúde Mental. O acompanhamento terapêutico deve ser proposto hoje numa construção social entre redes de Saúde e movimentos populares ou de usuários. Uma vez que não constitui profissão regulamentada, pode abranger um arco não muito extenso de novos trabalhadores de Saúde que se põem ao lado dos usuários em uma relação de intensa alteridade. São profissionais do acompanhamento terapêutico os acompanhantes terapêuticos na clínica da psicose, os redutores de danos, os acompanhantes de idosos, os atendentes domiciliares, os apoiadores em integração e recursos para portadores de necessidades especiais, entre outros. Essa formação pode se dirigir à especialização profissional para trabalhadores de Saúde do nível médio, aperfeiçoamento para trabalhadores das profissões de Saúde e qualificação para trabalhadores em geral em serviços de atenção em Saúde mental, educação especial ou assistência sócio-educativa. Podem-se formar no acompanhamento terapêutico porteiros, serventes, cuidadores ou os responsáveis pelo projeto assistencial, todos aqueles que atendem demandas nas casas ou na rua. Nós ainda não sabemos como atender a população de rua, é difícil que moradores de rua venham aos serviços, não demandam serviços porque os serviços constituem um endereço que não necessariamente faz parte de sua estratégia ou de seu modo de estar no mundo. Precisaríamos ser capazes de, ao mesmo tempo que aprendemos a fazer um atendimento domiciliar, aprender a fazer o atendimento de rua, essas aprendizagens nós ainda não temos. Quando eu chamo por acompanhamentos terapêuticos, eu quero dizer de todo esse leque que precisa ainda se abrir, de que nós possamos dar conta de práticas diversificadas de formação.

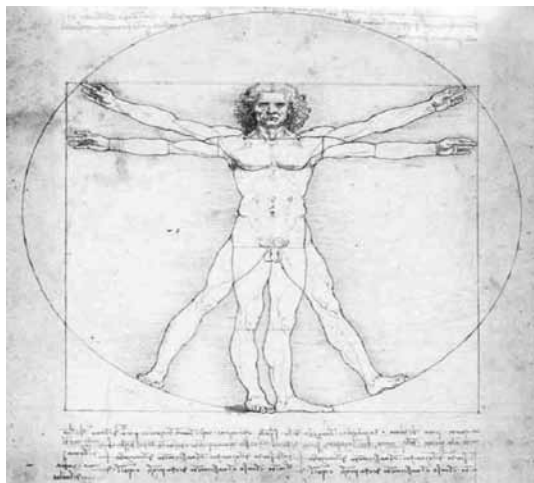
No Rio Grande do Sul, desde 1987, trabalha-se, no campo da Saúde Mental, com o conceito de **Saúde Mental Coletiva**, algumas acumulações sobre a

formação em Saúde Mental saem dessa formulação. Há algumas coisas escritas, temos a dissertação de mestrado da Sandra Fagundes, minha orientanda à época, que documenta o componente da formação que acompanhou a história e movimento da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul (Fagundes, 2006). Entre as acumulações, uma é a de que a educação precisa tomar em foco o sistema de Saúde. Não é só habilidade ou habilitação para a clínica ou para a atenção, é necessário focar o sistema de Saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, as redes de atenção colocadas ou submetidas ao conceito de linhas do cuidado, as redes sociais, a atuação intersetorial e uma prática que tome como centro o encontro com o usuário. É importante dizer que entre as referências bibliográficas relevantes para essas posições estão Ana Marta Lobosque e Ana Pitta (Lobosque, 2001 e 2003; Pitta, 2001). Desde as acumulações da Educação Permanente em Saúde e das acumulações de Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque e Ana Pitta na Saúde Mental Coletiva, falamos em uma Educação em Saúde Mental.

A mandala e o *quadrilátero* da formação

Da Educação Permanente em Saúde, destaco, por fim, o conceito de **quadrilátero da formação** (Ceccim e Feuerwerker, 2004). O quadrilátero da formação é uma imagem que eu inventei para falar dos vetores de força em uma educação implicada com a produção social da realidade ou com os compromissos públicos da prática educativa. O quadrilátero envolve a evidência de correlação das práticas de ensino com as práticas de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou práticas profissionais. Uso uma imagem de Leonardo da Vinci para expressar o quadrilátero da formação e sua condição de criação/invenção como mandala. Falo de *O Homem Vitruviano*, presente nos estudos da proporção.

Esse desenho coloca o homem de braços e pernas abertos. Riscando a forma que se obtém entre os braços e pernas abertos, temos um quadrado. Por fora do quadrado ele risca um círculo. Um quadrado dentro de um círculo é a forma básica da mandala, o círculo mágico. Da Vinci fala, então, sobre a mágica proporção do homem. Os braços e pernas estendidos do homem formam um quadrado (esquadrinhamento das coisas) e um círculo (a noção de um todo que extrapola coisas e esquadrinhamentos). A mágica proporção do homem está em ser ponte entre esses dois mundos: a possibilidade entre um mundo das formas e um mundo das invenções.



Se o quadrilátero está posto entre Formação, Gestão, Atenção e Participação, a mágica tarefa da educação é a de estabelecer esse movimento entre mundo das formas e mundo das invenções, o movimento da mandala. Essa é a imagem da mandala, ela tem uma forma visível cheia de formas invisíveis, que surgem de seu movimento de dobrar, desdobrar, dobrar. Na dobra e desdobra, são movimentos que conferem figuras à realidade. O coletivo que somos e a escuta que proporcionamos ao usuário vai desenhando formas à educação e à rede que passamos a fazer. O movimento do quadrilátero afirma que um dado modelo assistencial pode ser completamente modificado por efeito de mudança de práticas ou por efeito do encontro com os movimentos sociais. Estou colocando o modelo assistencial, as práticas em programas de Saúde, o ensino ou as práticas educativas e os fóruns ou instâncias populares como a provocação, então, para esse dobra-desdobra, essa imagem do quadrilátero que eu propus para que nós enxerguemos e pratiquemos a educação.

Essa imagem da mandala que eu coloco aqui também pode ser a que usei antes: círculos e redes. Os círculos e redes para pensar e inventar processos de educação e pesquisa têm memória em designações como os *círculos de cultura* em Paulo Freire (2008), a *pedagogia da roda* em Sebastião Rocha (2000), a *forma em círculo da aprendizagem* em Virgínia Kastrup (2005), a *rede de conversações* em Humberto Maturana (2001), a *sociedade em rede* em Edna Lúcia Silva (2002), a *rede de translação* em Bruno Latour (2000) e as *redes e círculos na produção de cultura* em Charles Kadushin (1976). Agrego a essas fórmulas as noções de *tema de dobradiça* em Paulo Freire (in: Freire-Dowbor, 2000), *intercessão e heterogênes*

em Deleuze e Guattari (1995), a *problematização* em Michel Foucault (1991) e a *localização de um desconforto intelectual* em Yves Schwartz (2004).

Na Educação Permanente em Saúde, são os cotidianos vivos ou as realidades vividas que colocam questões à educação. Aquilo que temos a ofertar faz sentido na medida em que produz dobra, encontro ou singularização com aquilo que pertence às pessoas. A dobra é dos dois lados. Um lado se permeabiliza pelas noções do outro, e o outro se permeabiliza pelas noções que são compartilhadas como ensino. Uma das interessantes experiências que temos com a Saúde Mental são os fóruns de Saúde Mental que se colocaram como redes de conversação, problematização das políticas, cruzamento de diversidades em intervenção, formulação e desafio formativo.

Por fim

Tendo em vista finalizar essa exposição, na linha mais das provocações que afirmações, trago o Caco, um cartunista da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), brincando com as invenções de Leonardo da Vinci. Usando aquela imagem que eu usei antes, ele criou um personagem que é o *Da Vinci*. Deixo por conclusão nada mais que o enunciado dos desafios da Educação Permanente em Saúde e das questões permanentes à Educação em Saúde Mental.

Viramos do século XX ao XXI. O cartunista Caco brincou com a sonoridade do nome de Leonardo da Vinci e o Século XXI, criando o personagem Da Vinci Um. O cartum que selecionei com o personagem expressa a potência de cuidar, de ensinar, de aprender e de propor mundos:



Parece-me que o desafio mais agudo à Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes mais agudas à educação em Saúde Mental estão justamente aí: trabalhar com a informação, mas com a genealogia dos conceitos, não sua armadura; trabalhar com as abordagens psicoterápicas, mas com sua localização a partir dos encontros, não com a prescrição de condutas; trabalhar com a desospitalização, mas não apenas relativamente à internação, e sim em relação aos modelos de segregação e institucionalização de todos os tipos; trabalhar com a invenção em potência de ética de criação de mundos, com a potência que o cuidado em Saúde pode associar.

Referências bibliográficas:

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, n. 14, v. 1, 2004, p. 41-65.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Imaginários da formação em Saúde no Brasil e os horizontes da regulação em Saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008, p. 1567-1578.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 259-278.

DALDRY, Stephen (Diretor). *Billy Elliot* [Filme – drama]. Inglaterra: BBC/Tiger Aspect/Working Title Films, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

FAGUNDES, Sandra. *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de Saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ufrgs, 2006. 244p.

FOUCAULT, Michel. *O pensamento do exterior*. São Paulo: Princípio, 1990 [1966]. 76p.

FOUCAULT, Michel. *Respuesta a una pregunta*. Buenos Aires: Almagesto, 1991 [1968]. 39p. (Mínima)

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE-DOWBOR, Fátima. Paulo Freire, um precursor. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Textos do Brasil*, n. 7, mat. 3. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2000, p. 16-17.

KADUSHIN, Charles. *Networks and circles in the production of culture*. In: PETERSON, R. A. (Ed.). *The production of culture*. Beverly Hills: Sage, 1976. p. 107-123.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educação & sociedade*, v. 26, n. 93, 2005, p. 1273-1288.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 200p.

LOBOSQUE, Ana. Marta. *Experiências da loucura: da questão do sujeito à presença na cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 176p.

MATURANA, Humberto. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org.) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ODDONE, Ivar et. al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 168p.

ROCHA, Sebastião. *A pedagogia da roda. Boletim Espacio para la infância* (Haia, Holanda: Bernard van Leer Foundation - BLF), n. 13, p. 24-29, 2000.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes: trabalho e educação. *Trabalho & educação*, n. 7, jul-dez 2000, p. 34-46.

SCHWARTZ, Yves. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blucher, 2004, p. 141-180.

SILVA, Edna Lúcia. Rede científica e a construção do conhecimento. *Informação e Sociedade: Estudos*, v. 12, n. 1, 2002, p. 1-17.

STERN, Daniel N. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1972]. 551p.

THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1985.



Mesa redonda

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: OUSANDO AVANÇAR

**Algumas observações críticas sobre a formação
em Saúde Mental**

Paulo Amarante

A formação em Saúde Mental: ousemos avançar

Ana Marta Lobosque

A formação como combate

Antonio Lancetti

Ementa

O cuidado com os aspectos básicos e as questões permanentes da formação em Saúde Mental é indissociável de um outro, que cumpre ousar enfrentar: um nível mais avançado de produção e circulação de saberes, representado pelas publicações, pesquisas e também pelas diversas formas de pós-graduação, *sensu latu* ou *strictu*.

Pelas próprias feições da experiência que lhes dá origem, os textos e os encontros produzidos em nosso campo costumam exigir uma linguagem própria, que muitas vezes não segue os critérios das publicações científicas, nem se enquadra na formatação de eventos acadêmicos. Não se trata, a nosso ver, de uma limitação a vencer, e sim de uma originalidade a respeitar. Contudo, isto não pode representar um empecilho para a circulação e o amplo acesso a esses produtos. Livros, revistas, jornais ligados à luta antimanicomial são insuficientemente distribuídos, não chegando às bibliotecas e departamentos de instituições de ensino, enquanto leitores interessados procuram inutilmente essa bibliografia. Por outro lado, muitas de nossas ideias e experiências podem, sem prejuízo de sua singularidade, formular-se segundo critérios específicos das produções científicas, através da participação em congressos e publicações, numa estratégia que favoreceria sua divulgação junto a um público bem mais amplo.

Ainda a propósito desse nível mais avançado da formação, é curioso constatar que muitos dos mais experientes e talentosos trabalhadores de Saúde Mental não ingressam na área do ensino e pesquisa. Por outro lado, muitos daqueles que se dirigem aos mestrados e doutorados não passaram pelas vivências do atendimento em serviços abertos e da construção de redes; ou se dedicam a temas estritamente teórico-clínicos, alheios às necessidades dos serviços, ou, mesmo escolhendo temas importantes para a Reforma Psiquiátrica, nem eles nem seus orientadores encontram-se suficientemente familiarizados com o assunto a estudar. Perde-se, desta forma, uma indispensável oportunidade para a renovação, a extensão e o aprofundamento dos saberes.

Consideremos, também, o importante espaço representado pela pós-graduação *sensu latu*, como os cursos de especialização, as residências multiprofissionais e outros afins. Mesmo quando possuem um alto nível de qualidade, podem limitar-se a suprir lacunas da formação básica e permanente: avidamente procurados por alunos que poderiam ter sua demanda atendida nesses outros níveis de formação, cursos de especialização e residências

multiprofissionais acabam impedidos de promover a abordagem de temas mais complexos e questões de maior densidade teórica.

Também na pesquisa avanços são necessários. Temas de alta relevância deixam de ser investigados por faltar hábito ou interesse, entre trabalhadores e gestores da Saúde Mental, em propor projetos de pesquisa necessários e oportunos. Ademais, as instâncias de fomento priorizam projetos apresentados por instituições cujo corpo docente conta com número expressivo de doutores e mestres - exigência compreensível, porém pouco propícia para a abordagem de questões que se percebem principalmente a partir da perspectiva prática dos serviços.

Há que investir no trabalho de escrita e leitura, seja pela criação de publicações próprias, seja por um maior trânsito entre aquelas já existentes; delimitar prioridades temáticas que requerem investigação mais detida; promover, nas dissertações e teses, um tratamento cuidadoso dos problemas encontrados no cotidiano das práticas antimanicomiais; buscar fontes de financiamento para publicações, pesquisas, cursos, com acesso para aqueles que atuam na ponta. Essas são algumas das metas colocadas para ousarmos avançar, tendo em mente que a clareza e a democratização dos saberes não devem impedir-lhes o rigor e o refinamento. Convidamos esta mesa-redonda a auxiliar-nos nesse percurso.

Comissão Organizadora do Seminário

ALGUMAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Paulo Amarante⁶

Bom dia. Agradeço o convite de Ana Marta Lobosque e a possibilidade de voltar aqui. Agradeço ao Marcelo Arinos e a todo o pessoal da Escola. Estive muitas vezes aqui na Escola de Saúde de Minas Gerais. Temos uma cooperação muito próxima entre essa Escola e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, onde eu trabalho. É uma satisfação voltar à Escola, voltar a Minas, voltar a Belo Horizonte.

Preparei uma apresentação de computador, mas não vou usar tanto; posso até deixar aqui. Mas gostei mais desse ambiente familiar, afetivo, dessa salinha.

O tema da formação, que vocês me convidaram para abordar, é um tema ao qual me dedico há muitos anos. Eu considero que sou mais professor do que médico. Comecei a minha vida profissional como professor de nível médio, fui professor de científico, depois de faculdade e agora de pós-graduação. Coordeno um curso lá na Fundação Oswaldo Cruz, o Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - chama-se assim agora porque eu quis incluir esse conceito de atenção psicossocial como objeto do nosso curso, que neste ano já está no seu 27º ano de existência. Temos aqui ex-alunos do curso. Sempre encontro ex-alunos pelo Brasil a fora. Inclusive, fizemos uma aula inaugural este ano lembrando os 30 anos da visita do Franco Basaglia a Barbacena, em 79, quando saiu uma série de reportagens muito importante do Hiran Firmino no Estado de Minas e também um filme histórico do Helvécio Ratton. Tanto o Helvécio Ratton como o Hiran Firmino nos deram a honra de participar dessa aula inaugural. Eu convidei também o Jairo Toledo, que fundou o Museu da Loucura e agora publicou um livro, que nós lançamos lá, de fotos do hospital de Barbacena.

6 - Coordenador do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.

Então, a questão da formação para mim tem sido um aspecto muito importante, e eu acho muito importante que o seminário volte a colocar essa discussão, na medida em que nós estamos com grandes impasses no campo da Reforma Psiquiátrica e, pelo meu olhar, pela minha forma de ver - existem muitas outras formas de ver o mundo, e elas são importantes, porque elas podem se complementar ou se problematizar - a questão da formação é fundamental. É necessário que as novas políticas, os novos conceitos, a nova concepção de Saúde mental, de loucura, de assistência, de cuidado sejam devidamente problematizados e conhecidos na formação. O meu diagnóstico, talvez apressado, é de que muitos dos impasses, de muitos dos problemas que nós estamos tendo atualmente na rede, atualmente na política, resultam da falta de formação específica que os profissionais têm para encarar as coisas inovadoras, as experiências inovadoras.

Muitas pessoas estão dentro de um CAPS, dentro de um centro de convivência, estão fazendo um trabalho de Saúde da família, trabalho de Saúde de base, etc., mas não conhecem a concepção. Não têm noção de como, historicamente, esse processo se constituiu, e de como ele pode ser transformado. Então, para mim a formação, ainda, no Brasil, tanto a de graduação como a de pós-graduação na área de Saúde, tem algumas características muito preocupantes. Uma delas: está ainda centrada numa certa ideia de modelo liberal da profissão, de que o profissional é formado para atender no consultório, numa ideia idealizada de que entre ele e o usuário não existe o Estado, por exemplo; de que não existe setor privado, não existe intermediação de interesses, de mercado, da indústria farmacêutica, dos prestadores de serviço, etc, etc. Esse modelo é muito centrado na ideia de que não há intermediação entre o trabalho do profissional e a instituição, os interesses sociais, a formulação de interesses políticos, sociais e econômicos que existem nesse campo. A formação é especializada, tecnicizada, e as especialidades são disciplinas fechadas, articulam-se muito pouco, falam muito pouco entre si. Então, daí decorre uma formação voltada para a hiperespecialização. Eu estive recentemente numa mesa com Naomar de Almeida Filho, um psiquiatra que é reitor da Universidade Federal da Bahia. Nesse Encontro estavam também o Antonio Lancetti, a Ana Marta Lobosque, e conversei com o Naomar e com o Jairnilson Paim, um pesquisador que é referência na área da Saúde Coletiva. Uma observação surgida nesse encontro é a de que os médicos não querem fazer mais nada que toque no paciente, que encontre com o paciente. A grande especialidade procurada na medicina são “imagens”. São especialidades em que o paciente chega para fazer o exame e é recebido por um auxiliar de radiologia. O médico só olha o resultado pelo computador e ali faz o diagnóstico. São as grandes especialidades procuradas atualmente.

O conceito que a psiquiatria utiliza ainda é, fundamentalmente, o de doença mental. Paradoxalmente, é um conceito que foi superado, pela própria psiquiatria devido à sua inconsistência epistemológica. Os conceitos atualmente adotados, que são os de transtorno mental ou desordem mental, no fundo, significam a mesma coisa que doença mental.

É por isso que é muito curioso que ouçamos falar que uma pessoa é portadora de transtorno mental, mas não se escuta falar que a pessoa é transtornada mental, porque a ideia de transtornado denunciaria, de certa forma, um sinônimo de alienado, de desarrazoado, de fora de si, que, enfim, é o mesmo conceito, superado, de doença mental.

O modelo explicativo-causal também é um modelo clássico: causa-efeito. Vejam a importância que tem o DSM, a importância que têm esses modelos classificatórios, os modelos etiológicos, ou a busca eterna de uma explicação causal, predominantemente em torno das causas genéticas, das causas metabólicas, neurofisiológicas, etc. O sujeito da experiência, do sofrimento, ou da doença, ou do transtorno, é como se fosse um sujeito a-histórico, descontextualizado de cultura, de história, de região, de hábitos, etc. É um sujeito que é mero portador de uma doença. Nesse modelo, as características pessoais, individuais, de gênero, sexo, idade, dentre outras, apenas mudam a forma pela qual a doença se apresenta. Mas a doença em si, por exemplo, a esquizofrenia ou transtorno esquizofrênico, é permanente; a pessoa apenas reage de uma maneira ou de outra de acordo com a sua idade, seu sexo e tudo mais.

E o lugar de produção e reprodução do conhecimento ainda é o manicômio, que é o lugar de formação por excelência do modelo psiquiátrico clássico. Uma observação importante: sempre preferimos utilizar a expressão “manicômio” no lugar de hospital psiquiátrico. A expressão manicômio remete quase sempre ao adjetivo “judiciário” (embora o termo manicômio judiciário não seja mais utilizado oficialmente, e sim Hospital de Tratamento e Custódia). Mas a ideia do manicômio denuncia o caráter jurídico e político da psiquiatria, que Foucault chamou da “ordem terceira da repressão” na História da Loucura. Uma instância entre o poder de política e o poder de polícia, que tem o poder de prender, de deter, quando julgar conveniente; tem esse poder sobre a circulação, sobre a liberdade, sobre a vida. Retornando ao nosso tema, o modelo do manicômio ainda é o modelo predominantemente utilizado na formação, seja ele transformado, seja ele o tradicional. É curioso que muitas faculdades ainda façam estágios de graduação de medicina, de enfermagem, de psicologia em manicômios, e também os programas de formação. Eu levantei uma vez uma

briga no Rio Grande do Sul. O pessoal do Rio Grande do Sul me chamou para fazer aula inaugural do curso de residência, e eu desci a bronca na residência, falei que eu era contra ela. Aí me chamaram de “fogo amigo”: “Pô, a gente chamou você prá falar da importância da residência!”. Mas eu expliquei e ficou entendido. A questão é que nós ainda pensamos toda a formação médica a partir do hospital, do modelo biomédico. Isso ficou muito claro também a partir de Michel Foucault, em *O nascimento da Clínica*. O saber médico nasceu no interior do hospital. O hospício, o hospital, é o a priori da psiquiatria, demonstrou-nos Foucault. A psiquiatria não fundou o hospital, o hospital psiquiátrico é que fundou o saber psiquiátrico. Foi dentro das práticas de internamento, das práticas de exclusão, que se constituiu um saber para justificar essa exclusão, que se constituiu um saber que classificava os sujeitos. E classificava sujeitos cujas experiências já tinham sido alteradas pela prática do internamento. Muito da psicopatologia que nos ensinaram Pinel, Morel, Kraepelin, todos os grandes clássicos da psiquiatria foram psicopatologias observadas em sujeitos cuja experiência da loucura foi transformada pela institucionalização. Aliás, nunca é demais lembrar que o modelo de conhecimento proposto por Pinel, que é o mesmo modelo das ciências naturais, da botânica, implicava em retirar um objeto da natureza e colocá-lo no laboratório, do in natura para o in vitro. Foi isso que Pinel fez tomando como exemplo, explicitamente, Lineu e a botânica. Então, a planta também sofre alteração na sua essência quando ela sai do seu ambiente e vai para o laboratório. Hoje, nenhum botânico, nenhum ecologista é mais ingênuo de imaginar que a planta que ele estuda no laboratório é a mesma que ele estudava na natureza. Ele transformou a experiência da planta, as relações com o meio ambiente, com a terra, com a água, com os insetos, com as outras plantas, quando ele a retirou de uma condição de natureza para uma condição de laboratório.

Isso é fundamental, porque todo saber psiquiátrico que nós temos foi constituído a partir dessa observação de um sujeito tornado alienado pela prática alienante do alienista. Estou fazendo uma analogia com Simão Bacamarte, é claro, quando ele pergunta: será o alienado o alienista?

Então, qual a discussão que eu trago a partir daqui para o problema da formação? Para mim, ousar avançar significa fundamentalmente centrar a formação na questão epistemológica. Lembro-me da Ana Marta Lobosque falando que a primeira aula de medicina que ela teve foi na sala de anatomia. É uma coisa surpreendente. O estudante ingressa na faculdade, fez o vestibular, tem a expectativa de ser médico, vestir branco, atender pessoas, cuidar de sujeitos, ouvir, medicar, tratar. E seu primeiro contato é com a morte! É uma

formação com a morte objetualizada, com o sujeito que não é mais sujeito, com pedaços de corpos, com peças anatômicas. Isso tudo tem um significado muito importante. Por isso é que eu dizia, quanto à ideia da residência: nós estamos falando em formação territorial, em Saúde da família, em atenção psicossocial, em CAPS etc., e a formação predominante na estrutura de especialização é a residência. Então, eu comecei a me opor à residência, porque eu fundei uma residência no Rio junto com a prefeitura, lá na Fiocruz, uma residência multidisciplinar em Saúde Mental, e, é claro, houve muitos embates com o pessoal do corpo profissional, os médicos, etc. Quando chegamos ao terceiro ano da residência, os terceiranistas tinham que escolher qual trabalho eles queriam fazer. Era uma coisa aberta. A grande maioria escolheu trabalhar na enfermaria. Surpreendi-me. Eu falei: nós estamos formando profissionais para trabalhar no território, com a família, com sociedade, na rede, no trabalho. Nós temos tantos trabalhos interessantes com população de rua, com assistência domiciliar, um trabalho com associações de usuários e moradores, a cooperativa, o clube da esquina, os projetos culturais. Por que é que as pessoas escolhem a enfermaria? Isso é importante como autocrítica, porque nós estamos formando, estamos direcionando as pessoas a essa formação do modelo tradicional, médico-biológico, centrado na ideia da consulta, da observação do paciente ao leito, na cama, na instituição. E isso é um elemento constituinte da formação médica e da formação em Saúde Mental. Esse ponto para mim é muito importante: se você faz algum tipo de formação no campo da Saúde Mental, as pessoas têm que discutir epistemologia. Têm de saber como é feita a ideia de ciência, como se constitui a relação entre ciência e o objeto, entre ciência e natureza, entre ciência e verdade; saber problematizar a ideia de verdade nas ciências, saber problematizar a ideia de neutralidade do cientista, do observador, do técnico, do saber científico, e saber construir relações que transcendem essa ideia de verdade e de poder que a ciência tem. Caso contrário, nós poderemos superar certos paradigmas psiquiátricos mais tradicionais, mas estaremos recaindo em outros paradigmas substitutivos, mas que, da mesma forma, têm essa noção de verdade, essa noção de que a ciência é que produz o conhecimento, definitivo, último, e de que ela não necessita efetivamente dos sujeitos, das experiências, dos familiares, da sociedade para partilhar.

Nós falamos muito em Paulo Freire. Uma amiga minha falou uma vez, brincando, que Paulo Freire era como a Nise da Silveira e como cabeça de bacalhau: todo mundo já ouviu falar, mas ninguém nunca viu. As pessoas falam de Paulo Freire, mas são poucos aqueles, entre os formadores, inclusive, que leem Paulo Freire. São importantes as discussões que ele faz para diferenciar a

ideia de formação como adestramento, como capacitação, como mera transposição de conhecimento, em que você repassa o conhecimento, mas não faz dos sujeitos os atores, os protagonistas do processo de produção de conhecimento. Então, a maior parte dos técnicos, quando atende, quando atua, não se sente produzindo conhecimento, mas apenas reproduzindo. Eles apenas querem incorporar o que é novo, o que é mais moderno ou a última palavra em termos da ciência, para reproduzir.

Na mesa em que eu participei em Salvador, discutindo a questão da formação, fiquei sabendo que o Antonio Slavich faleceu. Slavich foi um grande militante da psiquiatria democrática italiana. Foi ele quem levou Franco Basaglia para trabalhar em Gorizia. Uma pessoa histórica da psiquiatria democrática italiana, um dos seus fundadores. Foi coordenador de Saúde Mental de Gênova por muitos anos. Lembrei-me dele porque ele tem um artigo que analisa os primeiros anos da Reforma Psiquiátrica em Gorizia. Não sei se vocês sabem do que eu estou falando. Franco Basaglia começou a sua experiência na cidade de Gorizia, mais ao norte da Itália, um pouco acima de Trieste. E, de 1961 a 1968, ele dirigiu uma experiência muito importante, muito rica, que fechou o hospital psiquiátrico, que começou a perceber a inviabilidade da reforma do hospital psiquiátrico. Isso foi muito importante: perceber que o hospital psiquiátrico não era 'modernizável', não era 'reformável'. Era esse o seu pressuposto, influenciado que foi pela leitura de *Manicômios, prisões e conventos*, de Erving Goffman, e da *História da Loucura*, de Michel Foucault.

Aliás, uma coisa curiosa: no início dos anos 1960, foram publicados *História da Loucura*, de Michel Foucault, *Manicômios, Prisões e Conventos*, de Goffman, o *Eu dividido*, de Laing, e a *Fabricação da loucura*, de Thomas Szasz. Foi uma pancada no narcisismo psiquiátrico, na ciência psiquiátrica, quatro grandes livros que marcam uma primeira grande discussão e que colocaram em crise o modelo conceitual. Ronald Laing é, realmente, um dos autores mais injustiçados, porque a antipsiquiatria se envolveu num processo de transformação prática que foi mal sucedido, numa série de aspectos; mas a crítica teórica, a crítica epistemológica que Laing faz ao modelo de conhecimento psiquiátrico, é insuperável. O livro *A Voz da Experiência: experiência, ciência e psiquiatria* é de uma grande profundidade teórica. A crítica conceitual que ele faz nenhum outro autor fez.

Então, Basaglia, nesse início dos anos 60, conheceu essas obras e particularmente se impressionou muito com a *História da loucura na Idade Clássica* e com *Manicômios Prisões e Conventos*. Ele lançou um texto em 1964, chamado *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortifi-*

cação e liberdade do espaço fechado. Esse conceito de mortificação, inclusive, ele retira de Goffman - os conceitos da mortificação do eu, dos processos de mortificação, des-historização da individualização. Então, nesse processo, ele passa a perceber que o hospital psiquiátrico não nasce como local de tratamento, de cura. Seu objetivo não explícito é denunciado por Foucault, na relação entre ciência psiquiátrica e poder, e por Goffman, nessa microssociologia que ele faz do cotidiano da instituição total. Aliás, são dois livros que eu sempre menciono, por causa dessa crítica epistemológica, histórica, teórica da psiquiatria; eu sempre falo com os meus alunos para lerem *História da Loucura e Manicômios, Prisões e Conventos*. Aí, quando eles falam “Eu já li”, eu falo: “Leiam de novo”. Alguns livros você tem que ler e reler sempre. E eu incluo entre esses *O Alienista*, de Machado de Assis. É impressionante como, a cada vez em que eu estudo uma coisa nova, eu vou ver no Alienista, e o Machado já tinha falado. Machado já tinha feito toda a crítica ao modelo biomédico, ao cientificismo, ao positivismo, a uma ideia de verdade na ciência, as relações entre ciência e poder, entre ciência e Estado, toda essa discussão que é fundamental para o operador, o técnico considerar nas suas relações, na transformação efetiva do modelo assistencial, do modelo de cuidado.

Eu estava falando do Basaglia, porque é importante lembrar esse momento em que ele começa a colocar em discussão a prática que eles faziam, porque se começa a acreditar que o hospital não é transformável, não é reformável, não é modernizável. Todos os esforços de modernização acabarão um dia cedendo, devendo passar para a superação efetiva do modelo psiquiátrico hospitalar, acabarão cedendo os rearranjos que o modelo manicomial faz. Este modelo volta a contaminar as experiências inovadoras, ele volta a reocupar espaço, assim como uma erva daninha, que você tira um pouco e ela continua. Você tem que tirar a raiz, que é o próprio hospital. Então, Basaglia faz algumas discussões importantes. Ele começou a reunir os enfermeiros, na época predominantemente os enfermeiros é que eram os profissionais além dos médicos e funcionários administrativos. E colocou em discussão, em primeiro lugar, a natureza de classe social daqueles pacientes. A natureza econômica e social daqueles pacientes. Por que aquela instituição tinha predominantemente pessoas pobres, marginalizadas, excluídas das políticas sociais? Por que os ricos não estavam ali? Então, isso era uma questão a ser pensada, por que as pessoas que estavam ali vinham mais ou menos de uma mesma classe social. Então, esse hospital querendo ou não, com esse objetivo claro ou não, tinha uma função de classe. Outro aspecto era a natureza daquela instituição em relação ao poder que ela exercia na sociedade. O poder de intervir que qualquer profissional

daqueles ali tinha, de determinar que uma pessoa pudesse ou não sair, poderia ou não se alimentar, poderia ou não ir ao pátio. Então, todo esse conjunto de regras institucionais segundo as quais cada sujeito que trabalha nessa instituição tem um poder muito grande de determinar o destino, o futuro, o desejo do outro. A outra questão, então, é a função do técnico, do papel político do técnico na reprodução da hegemonia. Não podemos esquecer que Basaglia era um gramsciano e por isso considerava que os técnicos eram produtores de hegemonia, eram “funcionários do consenso”. Eram pessoas que, como Castel dirá depois, têm a função de gerir os riscos sociais.

E a última questão diz respeito à ideia da ciência. Basaglia, já em 1964, com os enfermeiros, discutia que a ciência não “estava com essa bola toda”. A ciência, em grande parte, era ideologia, e todos os critérios de normalidade e anormalidade que tinham muito mais a influência da ideia moral de como os sujeitos eram vistos, eram pensados, se relacionavam com eles, do que propriamente a teoria psiquiátrica que explicasse a enfermidade ou a sanidade mental. Eu fiz uma analogia num texto que escrevi brincando, e eu falei dentro dessa hipótese, um pouco influenciada por Foucault, de que uma das coisas fundamentais na formação do profissional é que ele saiba hesitar, saiba colocar em questão, que ele perca esse lugar da verdade segundo o qual ele pode definir, ele pode fazer.

Ontem, em nosso curso, houve uma discussão sobre uma situação que ocorreu na novela *Caminho das Índias*. Em resumo, um pediatra tomou uma criança das mãos da mãe e a levou para a cirurgia contra a vontade dela. Esse é o dilema que nós temos: até que ponto eu interno uma pessoa, retiro da comunidade? É um dilema permanente que nós vamos ter, se nós colocarmos como dilema. Agora, eu posso não ter dilema. Um jornalista da Folha de São Paulo me entrevistou recentemente e eu falei desse dilema e ele me disse que havia acabado de entrevistar um psiquiatra em seu estado e ele disse: “Eu não tenho dilema, eu faço o que a ciência manda”. Mais ou menos como Simão Bacamarte, o Alienista de Machado de Assis.

Um livro que me marcou muito, de autoria de Jurandir Freire Costa, lançado há 32 anos, é *A história da Psiquiatria no Brasil*. Ele estuda a Liga Brasileira de Higiene Mental, quando os psiquiatras saíam à cata de loucos, alienados, alcoólatras etc. Os objetivos eram de higienização da raça, de eugenia, a purificação, a esterilização das pessoas, para acabar com as linhagens patológicas, segundo o conceito moreliano de degeneração mental. Vimos que pessoas muito importantes da cultura nacional, tais como Juliano Moreira, que era mulato, e Gilberto Freyre, de *Casa Grande e Senzala*, participavam das campanhas

eugênicas de purificação da raça. Nós nos perguntamos: por que essas pessoas participavam de campanhas antidemocráticas, racistas, xenofóbicas? E o autor sugere a resposta, que eu achei pertinente e até hoje me marcou: porque o faziam em nome da ciência, em nome da verdade. Então, a ciência dizia naquela época que a raça é que era o problema - e Morel “demonstrou” que a raça era realmente importante. Isto é, demonstrou porque trabalhou no hospital de Rouan, na França, onde só havia pobres, migrantes, negros, asiáticos. E concluiu que a doença mental era própria dessas etnias. É predominante nessas classes, fez uma estatística, a estatística é fundamental. Mostrou que quase não tinha branco, francês, rico, pessoas de famílias aristocráticas. Basaglia, que trabalhou num hospital com clientela com características muito semelhantes, em certo sentido, chegou à conclusão diferente: essa instituição tem a função de gerir as populações marginalizadas. Tem alguma coisa errada aí. A loucura é privilégio dessas classes ou essa instituição é que tem esta função social de exclusão?

Ontem eu estava lendo Husserl, Edmund Husserl. Volta e meia eu tenho uma crise assim, resolvo ler um clássico. Uma vez eu brinquei com um amigo meu. Ele me falou: “Você continua lendo Foucault? Foucault é tão ultrapassado!” Eu falei: “Rapaz, agora você me pegou, e eu que estava querendo ler Platão novamente! Então, eu estou frito”. Então, eu estava lendo Husserl porque a questão é fundamental para o Basaglia. Basaglia diz o seguinte: nós não sabemos o que é a doença, nós não sabemos o que é a loucura. Nós temos várias concepções sobre loucuras e doenças. São concepções antropomórficas. O homem construiu essas visões. E assim que, partindo do princípio “penso, logo existo” de Descartes, eu propus “penso, logo hesito”, com Foucault, porque, para este, o fundamental é injetar hesitação.

Então, para encerrar: eu queria ter falado um pouco mais da importância da formação epistemológica, da crítica, de entender como se faz a ciência, as concepções da ciência, as relações entre ciência e Estado, ciência e verdade e assim por diante. Mas queria falar mais da formação, ampliar um pouco mais essa concepção. Nós falamos muito da inter e transdisciplinaridade. Eu pego os programas de cursos de Saúde Mental em geral: não há quase nenhuma abordagem da sociologia sobre a ideia do sujeito, da subjetividade, do coletivo; nem da história, da antropologia, da filosofia, e tantos outros saberes. Há várias discussões sobre experiências humanas, as relações, o social, mas acabamos caindo muito no “psi”. Nos cursos de Saúde Mental, as disciplinas todas são “psi”: às vezes não há nem Saúde Coletiva, nem uma noção básica de planejamento, de políticas sociais. Então, eu acho que é uma discussão fundamental.

Há uma discussão que eu acho que é importante, que eu comecei a articular melhor recentemente. Trata-se da discussão epistemológica fundamental sobre a produção de conhecimento feita pela psiquiatria mais conservadora que está relacionada aos seus compromissos com a indústria farmacêutica e outras indústrias do setor. Antes eu achava que era meio um delírio, uma paranoia. Eu li na Internet uns artigos que falam de pessoas da indústria farmacêutica produzindo doenças para vender remédios. Nós não ouvimos falar disso? Os caras da indústria de tabaco sabiam que o tabaco causava doenças, mas não falavam. A mesma coisa ocorre agora com a denúncia de autores muito importantes, dentre os quais se destaca a Marcia Angell. Márcia Angel era editora-chefe do *New England Journal of Medicine*, uma das mais importantes revistas científicas norte-americana, e foi convidada a assinar um artigo que ela não escreveu. Um artigo elaborado pela indústria farmacêutica. Ela se recusou e, tempos depois, viu o mesmo artigo, com o mesmo nome, assinado por um grande figurão da medicina. Ela começou a descobrir essa rede, resolveu denunciar e dar nomes. Como vocês sabem, os americanos gostam muito de estatística e de pesquisas de opinião. Há pouco tempo, fizeram uma pesquisa sobre as pessoas mais influentes na opinião pública norte-americana. E dentre as dez mais influentes estavam o Barack Obama, a Oprah Winfrey, dentre outras, e a Márcia Angell. Ela passou a denunciar vários golpes, fraudes, corrupções da indústria farmacêutica, a demonstrar como funcionam os esquemas. Como se fraudam protocolos de pesquisas: pacientes fantasmas, controle das amostras, medicamentos liberados sem pesquisas sobre seus efeitos colaterais. Interferências em congressos, nas publicações, brindes e prêmios a médicos por receitarem os medicamentos, etc. Vários centros de pesquisas estão sendo financiados com recursos de laboratórios. Pesquisas públicas, institutos de universidades públicas e isso, claro, criando um debate muito mais forte do que seja a verdade sobre as doenças. Se a doença é um distúrbio de neurotransmissores, se é um problema ou genético ou orgânico, não sabemos nunca ao certo, pois as pesquisas sofrem a interferência do complexo médico industrial. As teorias psicológicas ou sociais são duramente atacadas, porque para a indústria não interessam essas interpretações, e sim somente aquelas que associem a uma alteração que possa ser corrigida exclusivamente com medicamentos e não com mudanças de postura, de lugar social, de transformação das famílias, etc.

A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Este é o título do livro de Marcia Angell, é um livro absolutamente importante para quem quiser se aprofundar nisso. São surpreendentes as informações que ela fornece. Como a produção de

conhecimento psiquiátrico que os cursos de formação repassam está totalmente fraudada, está sofrendo uma intervenção muito forte da indústria. As revistas têm um financiamento expressivo da indústria e, por isso, não publicam nada sobre CAPS ou CERSAMs, intervenções psicossociais, trabalho com famílias, etc. Só publicam trabalhos sobre medicamentos e se forem favoráveis ao medicamento. E isso está claramente posto: as revistas recebem financiamentos milionários, os congressos a mesma coisa.

Existem muitos outros livros sobre as companhias farmacêuticas. Sou do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), e em nossa página na internet (www.cebes.org.br) podem ser encontrados alguns deles para serem baixados gratuitamente. E nós estamos agora nos empenhando nessa questão, junto com vários movimentos sociais, pela quebra de patentes, pela democratização do acesso a medicamentos no mundo. Há uma série de ONGs importantes. O IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), a Sobravime (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos) e muitas outras. E isso tem a ver com todo esse processo de que estamos falando. Eu trouxe uma questão política, no final, mas importante para demonstrar que essa assepsia do saber psiquiátrico, nesse aparentemente desinteresse, a crítica à reforma, a crítica a outras experiências, na verdade também está imbuída de muitos outros interesses, que são financiados pela indústria farmacêutica e pela indústria médico-industrial em Saúde. Muito obrigado.

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: OUSEMOS AVANÇAR

Ana Marta Lobosque⁷

I

Ao realizar este Seminário sobre os importantes desafios da formação em Saúde Mental, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais retoma um importante percurso nesta difícil e necessária frente de trabalho. Para empreendê-lo com êxito e rigor, cabe examinar as questões da Reforma Psiquiátrica no âmbito da reflexão teórica e da formulação conceitual, sem perder de vista sua origem e seus laços com o movimento social que lhe dá vida.

Para fazê-lo, é preciso considerar o processo da Reforma em seu caráter permanentemente conflitual, em sua tensão de forças antagônicas. Tal embate não reflete uma oposição partidária: ainda que este ou aquele partido político possa favorecer mais do que outros o projeto da Reforma, ela não deve a qualquer partido sua existência, nem pode confiar a nenhum deles o seu futuro. Tampouco se reduz a um conflito de interesses econômicos que envolveria apenas segmentos sociais diretamente favorecidos pelo modelo hospitalar. Sem dúvida, interesses poderosos estão em jogo, mas não se deixam identificar de forma linear ou unívoca. Não há apenas grupos claramente definidos, de lá ou de cá. Alianças menos óbvias se estabelecem, posições se modificam; há variadas formas pelas quais se articulam as forças políticas e sociais em torno das questões do sofrimento mental.

Vejamos, a título de exemplo, os mais recentes ataques públicos à Reforma Psiquiátrica. Um deles veio do poeta Ferreira Gullar: num artigo intitulado Uma lei errada, o autor, que e apresenta como pai de portadores de sofrimento mental,

7 - Psiquiatra, Doutora em Filosofia, Coordenadora do Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da ESP-MG, Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da ESP-MG/SMS Betim

define a luta antimanicomial como um movimento demagógico de classe média, pedindo a revogação da lei 10 216. Um outro consistiu na audiência pública do dia 19 de maio último, junto à Comissão de Assuntos Sociais do Senado, em que a Associação Brasileira de Psiquiatria denuncia como doutrinária a intenção de fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Ora, ao mesmo tempo, pela primeira vez, um dos programas televisivos de maior penetração do país - a tradicional novela das oito - apresenta um personagem que ouve vozes, sente-se perseguido, sem que sua família perceba o que se passa, encontrando acolhimento por parte de um psiquiatra nada convencional.

Como pensar essa coexistência de ataques e de assimilação, de negação e de reconhecimento? Parece-me que tanto uns como outros indicam uma presença bem consolidada das ideias e das práticas ligadas à Reforma Psiquiátrica em nosso país. Bem ou mal implementada, ela tornou-se uma política pública de alcance nacional - que o governo do Estado de Minas Gerais tem divulgado, por exemplo, nas diretrizes na Linha-Guia de Atenção à Saúde Mental, agora apresentada em programas da TV Minas Saúde. E, o que é mais importante, certos dispositivos e formas de atenção já fazem parte do cotidiano dos brasileiros. Os CAPS são queridos por seus usuários e familiares; as experiências da loucura, já não mais veladas pelos muros asilares, têm convívio maior com a vida social; a comemoração pública do 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, tornou-se um evento da agenda política e cultural de muitas cidades, muito especialmente na capital mineira. Essa mudança de posição das peças no jogo, essa maior visibilidade das questões relativas ao sofrimento mental e das diferentes perspectivas possíveis para o seu exame, tanto provoca ataques de certos segmentos bem localizados, como resulta numa disseminação capilar e quase anônima no tecido social, a ponto de atingir esta forma cotidiana do universo ficcional brasileiro que é a novela.

Nos ataques, podemos reconhecer alguns traços que se repetem. Primeiro: pronunciam-se familiares, como é o caso de Gullar em sua coluna, e psiquiatras, como na audiência já citada. Isso não quer dizer que a maioria dos familiares pense desse modo, nem que sejam os psiquiatras os únicos ou principais adversários da Reforma. Significa, a meu ver, que esses dois segmentos são porta-vozes de um campo de forças que os ultrapassa, e cuja amplitude talvez lhes passe desapercibida.

A tática é sempre a mesma: tentar trazer a discussão para o terreno da técnica, para, desta forma, extinguir a necessidade mesma de qualquer discussão. É o que

fazem alguns familiares, como Gullar, ao dizer que a ciência moderna aboliu as celas-fortes dos hospitais psiquiátricos, transformando-os em agradáveis clínicas de repouso. É o que fazem alguns psiquiatras, ao sustentar que o sofrimento mental, e, portanto, a política assistencial para sua abordagem, é um assunto para especialistas. Ora, transportado para esse terreno, o debate se encerra: a “evidência científica” tem sempre a última palavra, mesmo quando utilizada de forma incorreta ou abusiva.

Ora, para produzir essas “evidências”, já não se necessita do grande hospital psiquiátrico. A oposição à Reforma hoje não se faz essencialmente na crítica à qualidade dos seus dispositivos assistenciais - os CAPS, a atenção à Saúde Mental na rede básica, as moradias protegidas, os centros de convivência, os grupos de produção solidária, etc. - nem pela tentativa de acabar com eles; trata-se, sim, de reapropriá-los numa lógica que, aí introduzindo as figuras do hospital, do ambulatório especializado, dos programas de tratamentos diferenciados segundo o diagnóstico, volta a medicalizar a abordagem da loucura. Destaca-se o fato de que essas figuras são concebidas como lócus privilegiado de ensino e pesquisa, desta forma assegurando uma hegemonia no espaço da formação.

Ou seja, o que importa, sobretudo, é manter o controle e a autoridade sobre o ensino e a pesquisa dos transtornos mentais, através de uma ordenação diagnóstica em que os múltiplos transtornos relacionados no CID10 corresponderiam a entidades nosológicas naturais, existentes desde sempre. Ora, a lógica, os dispositivos de atenção e os laços sociais do movimento da Reforma rompem com esta ordenação, descentralizando tanto o lugar do diagnóstico e da medicação quanto o lugar do próprio médico.

Não se trata de culpabilizar os médicos; qualquer categoria profissional que recebesse um lugar tão central em um campo quanto os psiquiatras no da “doença mental” dificilmente renunciaria a ele. Contudo, fosse qual fosse tal categoria, com certeza cumpriria ao movimento antimanicomial problematizar, situar historicamente, apontar, enfim, a constituição e os efeitos do poder que a sustenta.

II

A breve análise esboçada acima procura situar-nos nos desafios hoje enfrentados pela formação em Saúde Mental.

Não me parece que os interesses da categoria médica sejam os únicos, nem mesmo os principais, a apoiar-se nessa medicalização. Parece-me, antes, que o modo de presença do discurso da ciência em nossa cultura representa uma certa forma de poder, que visa ordenar não apenas a experiência da loucura,

mas a própria subjetividade, os próprios corpos, a própria vida. Neste sentido, o discurso médico é apenas uma das manifestações desse poder, assim como a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial são uma das formas possíveis de resistência a ele. Daí, também, o caráter não unívoco das afinidades e divergências: enquanto o poeta Gullar, biógrafo de Nise da Silveira e tradutor de Artaud, adota uma posição inesperadamente reacionária, a Rede Globo, arqui-inimiga da esquerda brasileira, acaba por veicular um outro ponto de vista.

Tanto Peter Pál Pelbart quanto Oswaldo Giacoia Jr, convidados a interrogar a distância entre universidade e Reforma Psiquiátrica no seminário que a Escola de Saúde Pública teve o prazer de publicar, fazem uso do conceito foucaultiano de biopoder. Antes da *Época Clássica*, diz Foucault em sua *História da sexualidade*, o poder se exercia essencialmente como instância de confisco: apreensão das coisas, dos tempos, dos corpos, enfim, da própria vida. Em nossa modernidade, porém, os mecanismos de poder se modificam profundamente: trata-se antes de “produzir forças, fazê-las crescer, ordená-las, do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las”. É um poder que se exerce sobre a vida, empreendendo sua gestão, sua multiplicação e exercendo sobre ela controles e regulações bem precisos. Num de seus polos, trata-se de adestrar os corpos, ampliando suas aptidões e extorquindo suas forças; no outro polo, trata-se deles como suportes de processos biológicos - os nascimentos, a mortalidade, o nível de Saúde, a duração da vida - tornados objetos de intervenções reguladoras. Ainda, o desenvolvimento do capitalismo não apenas necessitou da inserção dos corpos num aparelho de produção e de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos: exigiu métodos de poder capazes de majorar a vida, as forças, as aptidões, sem por isso torná-las mais difíceis de sujeitar. Majorar, prolongar a vida, e ao mesmo tempo governá-la, torná-la dócil e útil: eis a operação do biopoder.

Pode-se ver claramente como se insere aí o movimento de trazer para o interior de um campo técnico e especializado as manifestações dos sentimentos e das condutas que se expressam no sofrimento mental. Mas pode-se ver também como essas manifestações insistem, resistem, não se deixam capturar: como diz Pelbart, quando tudo parece “dominado”, “a vida aparececomo reservatório inesgotável de sentido, manancial de formas de existência.... que extrapolam as estruturas de comando....dos poderes constituídos”.

III

Como articular tais aspectos com os desafios da formação em Saúde Mental, se ousamos fazê-la avançar?

Segundo essa análise, as forças do biopoder, tais como atuam na Saúde Mental, travam o seu combate não no front assistencial, ou seja, não nos serviços e equipamentos que atendem à maioria da população brasileira. Essas forças atuam numa face, digamos, selecionada da assistência, que se liga diretamente à formação: nos hospitais tipo “centros de excelência”, nos ambulatórios especializados, nos programas baseados no diagnóstico, onde transitam as Residências de Psiquiatria. Da mesma forma, nas universidades, o ensino, tanto da Psiquiatria como das demais disciplinas relacionadas à Saúde Mental, tem se mostrado muito pouco permeável às novas experiências clínicas, políticas e sociais, não só da Saúde Mental, mas da Saúde como um todo.

Por um lado, os lócus da formação são serviços criados especificamente para tal, independentemente das necessidades de atendimento da população, sem necessitar preocupar-se com o acesso, a universalidade, o território, não constituindo, enfim, parte orgânica do SUS, e mantidos ao abrigo da sobrecarga, da pressão da demanda hoje sofrida no processo de trabalho em Saúde. Por outro lado, os serviços e equipamentos territorializados que devem responder à demanda - no caso da Saúde Mental, as redes de serviços substitutivos - estão muito longe de constituir-se como espaços regulares e integrantes da formação.

O problema em questão tem uma dupla face. Por um lado, a avaliação de que a luta política hoje tem uma frente decisiva no campo da formação deve levar-nos a uma disputa desse espaço, em todos os níveis - desde o nível básico até as pesquisas, as publicações, passando pela formação permanente. Por outro lado, mesmo disputando esse espaço, não se trata de nos instalarmos comodamente nele. É preciso guardar uma certa reserva, não acreditar que aí se resolva o que é crucial em nossas preocupações. Ou seja, não podemos permitir que nossas questões sobre a loucura, sobre a subjetividade, sobre a vida, sejam transplantadas no terreno da técnica: elas jamais dariam frutos nesse chão.

Neste sentido, o desafio que se coloca para a Saúde Mental é uma versão de um outro, maior, que se coloca para a cultura em relação à ciência. A ciência interessa-nos, sim: ainda que fossem dispensáveis os confortos e as facilidades proporcionadas pelos avanços científicos, não o seriam as possibilidades que nos trazem, as novas indagações que colocam ao pensamento. Afinal, as ciências não progredem apenas pela incorporação regular de novas descobertas; atravessam crises de seus próprios fundamentos, devendo repensá-los para avançar: encontram-se, também aí, perguntas que nos intrigam. Contudo, não se pode esperar delas aquilo que não podem oferecer, ou seja, sentidos, valores, ideais

para a vida. Como pensar e lutar por uma cultura em que a ciência se desenvolva e avance, sem pretender abarcar e neutralizar todos os territórios sociais? Como poderiam as instâncias próprias à legitimação do discurso científico - universidades, instituições de pesquisa, etc. - sustentar um necessário rigor, sem prestar-se a distinguir práticas sociais e políticas como falsas ou verdadeiras? Como evitar que as assertivas científicas adquiram o peso de prescrições morais, por se acreditarem fundadas num “verdadeiro conhecimento da realidade”? Mais ousadamente, como pensar uma ciência que colocasse entre aspas suas próprias explicações, sem confundir-se com elas, compreendendo que sua construção se faz sob certas condições e perspectivas, e apenas dentro delas se pode validar? Afinal, podemos aprender com certos psicóticos que “aprendem” a delirar guardando uma certa distância do seu delírio.

Ao ousar avançar na formação em Saúde Mental, devemos, creio, ser fiéis a esse questionamento, que se encontra na origem da luta antimanicomial. Mais, ainda: se o Manifesto de Bauru já o formulava, o caminho seguido desde então levou-nos a eleger o movimento social como campo privilegiado de definição de nossas posições e de nossas estratégias. Ora, nesse processo, o protagonismo dos usuários foi e continua sendo essencial. Não só são valiosas as coisas que dizem, como, sobretudo, é de grande importância que eles próprios as queiram dizer, e digam-nas de fato.

Mantendo essa fidelidade à sua origem e sua história, o movimento antimanicomial deve, sim, ousar avançar na formação. Aliás, deve avançar inclusive na formação dos usuários, que já não se contentam com a dimensão do depoimento pessoal e buscam qualificar sua fala, assim como se tornam cada vez mais ousados em suas produções artísticas - como se vê, por exemplo, na Mostra de Arte Insensata realizada em Belo Horizonte. Nesse avanço, é importante conquistar lugares nos mestrados e doutorados, nas pesquisas, nas publicações: não para legitimar nossas posições com o aval do discurso científico, mas convocando-o para ajudar-nos a refletir, assim como a disciplinar e expor nosso pensamento. São inúmeras as questões que poderíamos explorar e aprofundar por essa via. Por exemplo, no campo mesmo da psicopatologia e da psicofarmacologia, e mesmo das neurociências, não há indagações que desejaríamos colocar a partir de outros ângulos que não os habituais? Não seria interessante uma pesquisa em psicofarmacologia que considerasse os fármacos como um recurso, e não como a solução? Ou uma outra que investigasse as eventuais alterações dos neurotransmissores, dos cromossomos, etc., na esquizofrenia, sem obrigar-se a dar-lhes um estatuto de causa? Ou outra, ainda, que explorasse as possibilidades de uma experiência de ensino da psicopatologia

protagonizada por quem vivencia o sofrimento psíquico, como nos mostra o belo trabalho de Erotildes Leal no mesmo seminário já citado? Ou, ainda outra, que impulsionasse atividades como o Curso de Formação Político-Profissional em Saúde Mental, relatado pelo Coletivo Estudantil Espaço Saúde, no mesmo Seminário, em que os estudantes convivem com os portadores de sofrimento mental nos CAPS e Centros de Convivência antes mesmo de conhecer a psicopatologia, chegando, portanto, desarmados?

Contudo, isso ainda não bastaria: há outros discursos, cuja interlocução é extremamente preciosa para a Saúde Mental. Ressalto aqui duas antigas parceiras que tanto contribuíram para o nosso avanço: a psicanálise e a filosofia. A complexidade discursiva dessas disciplinas, o hábito do rigor, a inquietação face aos próprios resultados, estimulam-nos a pensar e reconstruir nossas indagações. Porém, há mais, ainda: o aprendizado obtido ao longo de tantos anos de militância num movimento social não nos permitiria um diálogo fecundo com as ciências políticas? Igualmente, dos contatos com as famílias ao cruzamento dos territórios, nossa experiência não pode também dialogar com as ciências sociais?

Essas indicações estão longe de esgotar as extensas possibilidades que se podem explorar nesse caminho. Muito mais se poderia pensar e fazer. Aqui, porém, o avanço representará uma ousadia apenas na medida em que se enlace, sempre e mais, com o movimento da cultura. O grande desafio, a meu ver, consiste em caminharmos também nesse registro de produção de verdades sem entendê-lo como universal. Não há teses ou pesquisas congressos ou publicações que possam encarregar-se integralmente daquilo que nos cumpre transmitir. Nossas questões podem, sim, inscrever-se nesse registro - mas não todas! Nós mesmos podemos, sim, tornar-nos mestres e doutores - pero no mucho!

Sim, há algo de nossa experiência que não se deixa traduzir nessa linguagem - o que não nos impede de aprendê-la e utilizá-la quando for o caso. Sim, há certas verdades que necessitam ser inventadas para existir - e só podem sê-lo através da produção artística, das relações amorosas, da luta política, tal como as aprendemos ao longo desses anos. Trata-se do trabalho paciente, miúdo, delicado, de estarmos juntos, dia a dia, na construção coletiva que legitima, mais do que qualquer outra coisa, o movimento antimanicomial.

Tal construção inspira e se reflete, a meu ver, no movimento que hoje se faz na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, tendo como um de seus primeiros frutos a realização deste seminário. O desafio, pois, está posto e cumpre aceitá-lo: usemos avançar!

A FORMAÇÃO COMO COMBATE

Antonio Lancetti⁸

Bom dia. Eu queria manifestar o meu agradecimento. É para mim uma honra ser convidado por estes companheiros; vir a Minas é muito atraente pelo modo exemplar como aqui está acontecendo a Reforma Psiquiátrica.

Chamou-me a atenção que eu fosse anunciado como diretor da coleção Saúde Loucura da editora Hucitec. Deve ter sido porque, no início do Seminário, o vendedor não chegava e eu fiquei vendendo livros. Fiquei praticando a síndrome de Plínio Marcos, esse grande dramaturgo santista que produzia e vendia seus livros pelas ruas de São Paulo. O Professor Paulo Amarante também carrega os livros que produz pelo Brasil afora.

Talvez tenham me anunciado dessa forma porque não sou doutor, não sou mestre e a convocatória me obrigou a pensar, a rever as minhas experiências formativas. Eu era estudante de engenharia e descobri Freud, comecei a estudar a psicanálise antes de fazer psicologia. Estudei não sei quantos anos Freud e Lacan em Buenos Aires antes de me formar. Depois fui trabalhar num hospital municipal em Buenos Aires, num setor que se chamava “serviço de psicopatologia” e tive que estudar grupos, aprender psicodrama, porque, apesar de estar encantado com aqueles conceitos, os meninos dramatizavam sem eu fazer propostas técnicas, e aqueles meninos que atendíamos em grupo paravam de fazer xixi na cama. Aqueles outros que atendia individualmente e supervisionava uma vez por semana pagando altos honorários, eu sabia muito a respeito deles, reconstruía todas as sessões, mas eles não paravam de fazer xixi na cama.

Enfim, depois veio o golpe militar, acabei chegando ao Brasil. No Rio de Janeiro, eu trabalhei no IBRAPSI, Instituto Brasileiro de Psicanálise Grupos e Instituições, e, como disse Paulo Amarante num desses dias, nós precisamos conversar sobre a história do IBRAPSI. O IBRAPSI organizou aquele célebre congresso em 1978 a que vieram Basaglia, Castel, Guattari, Goffman, etc.

8 - Diretor da Coleção Saúde e Loucura – Editora Hucitec.

Depois fui professor de psicanálise de crianças no Instituto Sedes Sapientiae, fui um dos primeiros supervisores de ambulatórios e centros de Saúde Mental de São Paulo quando começou a Reforma Psiquiátrica de maneira tímida no governo Montoro, com a condução de Marcos Pacheco de Toledo Ferraz e Ana Pitta. Durante esse período, participei de vários cursos, fundamentalmente de grupos. Logo abandonei o curso de psicanálise e criamos, com outros companheiros, no Instituto Sedes Sapientiae, um curso que se chamou Agente de Saúde Mental cujo objetivo era formar quadros. Por esse curso passaram vários, como Fernanda Nicácio, Silvio Yassui etc.

Em 1988 terminamos o segundo ano da primeira turma e encerramos o curso. Durante esse ano, o PT ganhou várias eleições municipais, e, em São Paulo, durante o governo de Luiza Erundina, a coordenação de Saúde Mental foi bastante sectária e muitos de nós fomos descartados.

Na época procurei David Capistrano, que tinha conhecido por ocasião da publicação de Saúde Mental e Cidadania. Queria publicar o nosso primeiro volume de Saúde Loucura, que foi o resultado de algumas produções acontecidas no curso de Agente de Saúde do Sedes Sapientiae, e ele me convidou para trabalhar em Santos.

Fui a Santos com outros companheiros para criar um programa de Saúde Mental e, em maio de 1989, fizemos a intervenção à Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico de Santos.

E, lá em Santos, Ana Marta lembrou-se disso, fui supervisor da equipe de trabalhadores do hospital de Anchieta sob intervenção. A minha função era muito difícil, porque na verdade a experiência de Santos e outras das quais eu tive a sorte de participar eram experiências de antiformação, porque foi realmente uma violência o que nós praticamos com nós mesmos e com todos aqueles funcionários, aqueles psicólogos, psiquiatras. Psiquiatras, menos; os psiquiatras eram importados, pois os psiquiatras do Anchieta nós demitimos na primeira semana (eles faltavam sistematicamente aos plantões) e os que nós contratamos eram pessoas do movimento e que chegavam de outras cidades, alguns já com passagem por Trieste, como era o caso de Tykanori que era nosso condutor.

Então como era a formação? Depois da supervisão da equipe, eu coordenava a assembleia de pacientes e posteriormente discutíamos o que tinha acontecido naquela assembleia.

Era um desarranjo enorme, vocês podem imaginar aquelas pessoas que trabalhavam lotadas nas escolas municipais fazendo testes para definir se as

crianças eram treináveis ou não treináveis, se era para serem enviadas à escola especial ou não. Aquelas pessoas - que inicialmente ficaram sem função - nunca tinham tratado nem visto um louco na vida delas. Depois da Intervenção, elas foram convidadas para trabalharem no hospício.

E esta é a primeira ideia que quero defender: que o primeiro passo que a Reforma Psiquiátrica exige para ser operada consiste numa violência a respeito de cada um de nós.

Foi essa violência e uma relação de extraordinária intensidade o que fez daqueles técnicos, daqueles auxiliares de enfermagem e de serviços gerais excelentes terapeutas.

Acabei de ler *Os Tristes Trópicos* de Levi-strauss. Faz 35 anos que tinha o livro guardado. É que depois de velho, você perde preconceitos. O contato com Deleuze e Guattari e as críticas ao estruturalismo talvez expliquem por que o livro tenha ficado tantos anos esperando; e, naquelas páginas amareladas, li que para se tornar etnólogo é preciso uma autodissolução, uma ruptura a respeito de si mesmo. Você não se torna facilmente um conhecedor de uma ordem tão distante: imagine para um francês, professor, fundador da USP conviver com os índios brasileiros na floresta. Não se faz isso impunemente. Eu acho que a viagem é similar quando se trabalha, convive-se com loucos, principalmente em ambientes não protegidos como são os CAPS, aqui CERSAN, NAPS, em Saúde da Família ou instituições desse tipo.

Vivi a metade da minha vida na Argentina e a outra metade no Brasil. No Brasil tive mestres brasileiros, como Cláudio Ulpiano, e argentinos. Um deles mora aqui em Belo Horizonte, Gregório Baremlitt.

Na minha formação, há o lado argentino e o lado brasileiro, e o lado brasileiro me convenceu de que a formação deve ser entendida como um combate. Aprendi isso com o David Capistrano.

Eu quero defender três ideias. A primeira é que a deformação é a condição sine qua non para formar um operador de Saúde Mental. É preciso superar o senso comum e o bom senso.

Todos os cursos que demos em Santos tinham a maravilhosa situação de alunos e professores estarem abertos para pensar. Fui presidente do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental de Santos. Realmente quando se enfrenta o desafio de atender as pessoas mais difíceis, com maior risco, o campo se torna fértil.

A segunda é que é preciso entender a formação como combate. Se

observamos o texto de Ana Marta Lobosque, constatamos tensão enorme a respeito do discurso dos velhos dirigentes da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Ela defende a revolução psiquiátrica, ela defende a transformação, ela está preocupada pelo que ainda não sabe, pelo insustentável da experiência da loucura. Ao passo que os velhos dirigentes da ABP dizem que a psiquiatria não precisa de reforma. Pelo fato de a psiquiatria ser um ramo da medicina não precisa de reforma; ao passo que a física, a biologia, a matemática, todas as ciências avançadas, só se perguntam por aquilo que não sabem. Esse grupo de psiquiatras diferentes, de Paulo Amarante, Ana Marta Lobosque e de uma nova geração de psiquiatras lavrados na Reforma Psiquiátrica, não precisa de reformas e está perfeitamente alinhado com os laboratórios que ainda transmitem a noção de transtorno e essa ideia de que não tem que tocar no paciente. Esse grupo, que se diz ao mesmo tempo amparado na medicina e nos laboratórios, não precisa de reforma e, frente à angústia social que gera a violência urbana ou o consumo suicida de drogas, apela para soluções retrógradas. Ou soluções simplificadas para problemas complexos.

Essas ideias permeiam as cabeças das pessoas que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial e principalmente nos programas que funcionam em campo muito mais aberto, que é o caso das pessoas que fazem Saúde Mental nos Programas de Saúde da Família.

Então, a terceira ideia que eu quero defender é que o processo de produção de Saúde Mental que seria o que talvez nos una - eu acho que por isso se justifica este encontro - exige a construção de um campo de consistência, porque nós somos críticos, nós falamos que os laboratórios fazem o que fazem, nós falamos que os psiquiatras não entendem a loucura ou, como dizia François Tosquelles, têm medo da loucura. Enfim, nós somos muito críticos, mas precisamos, por uma questão de ética enunciativa, dizer: se assim não funciona, precisamos explicar como funciona. Esse é o campo da complexidade. Esse é o campo, porque, no campo da Saúde Mental, - desculpe quem já me ouviu falar isso, mas eu vou repetir - a complexidade é invertida a respeito da Saúde em geral.

No caso da Saúde Pública, os procedimentos realizados em serviços de atenção básica são procedimentos de mínima complexidade. Por exemplo: atendimento a diabéticos, hipertensos, aleitamento materno. Enquanto que um transplante de fígado ou uma cirurgia cardiovascular são feitos numa unidade de maior complexidade, com UTI, etc. No caso da Saúde Mental, é exatamente o inverso. Quando o paciente está internado, os processos se simplificam. Quanto mais internado, mais simples. O sujeito está trancado, contido, e às vezes se faz isso para resolver o seu problema e não o problema do paciente.

O caso se simplifica imediatamente, porém depois se complica, porque nós sabemos que, quando se interna, inclusive como uma medida de proteção da vida, operando como bombeiros, pode-se iniciar uma mudança ou produzir uma dependência institucional. Depende muito como seja feita a internação; nós resolvemos um problema imediatamente, operamos como um bombeiro, mas isso tem consequências. No processo de reabilitação daquela pessoa, você sabe que, quando uma pessoa permanece internada, retrocede, é como um jogo onde você volta várias casas para trás.

Quanto mais se opera no território onde as pessoas moram, os procedimentos são mais complexos. Atender uma crise com recursos da comunidade, com o recurso sanitário que é a unidade de Saúde e uma equipe com agentes comunitários de Saúde, médico, enfermeiro de família e auxiliares de enfermagem associados aos trabalhadores de Saúde Mental, é operar em território de altíssima complexidade. Esse me parece que é o processo mais rico, mais apetitoso do ponto de vista teórico, do ponto de vista epistemológico.

A começar, porque você precisa negociar como as outras epistemologias, pois, assim como nós pensamos de uma determinada maneira, o sujeito diz que está ouvindo vozes e você acha, e você diz: “É um paranóico”, o sujeito também tem uma teoria a respeito de por que ele está delirando. Para um será Satanás, para outro será um Exu.

Os operadores precisam intervir no território existencial daquele sujeito. Então, quem trabalha em campo aberto não só necessita dialogar com assistentes sociais, precisa negociar com as outras epistemes, entender a cultura. Não se faz Saúde Mental em Minas como se faz no Pará, não se faz Saúde Mental de forma igual numa família de crentes e numa família de umbandistas. Então, são problemas que estão em aberto. Por exemplo, como é que nós entendemos? Isso é um problema. Outro, como é que nós damos conta teoricamente da eficácia do trabalho do agente comunitário de Saúde? Quem de nós, e muitos que têm mais formação que eu, que têm doutorado, que falam várias línguas, que citam em alemão, sabe suspender a ordem de fuzilamento do sujeito que deve para o traficante? Como é que se dá conta cientificamente disso?

Por exemplo, os agentes comunitários que nós capacitamos - capacitamos entre aspas, porque nós ensinamos e depois eles nos contra ensinaram. Como é que eles conseguem fazer aquilo? Baseados em quê? Em simples amizade, em simples ascendência afetiva. Essa definição é muito pobre para nos conformarmos. Como se fosse tão simples conquistar ascendência afetiva.

Paulo Amarante criticou a psiquiatria gerada no território asilar, no hospital

psiquiátrico. Mas nós avançamos muito a respeito disso. Então, eu acho que um dos campos - privilegiados pelo menos para mim, pessoalmente é isso que eu estou estudando - é repensar os territórios. Os territórios da Reforma não se reduzem mais ao lócus simplificado do hospital psiquiátrico. O nosso território é aquele onde as pessoas existem. Um pensador do território geográfico, Milton Santos, disse o seguinte: o espaço geográfico é o espaço banal. O território, diz ele, é composto de fixos e fluxos, então é importante estudar essa combinação de fixos e fluxos no nosso campo.

Foram Gilles Deleuze e Félix Guattari, embora não exista uma teoria fechada a respeito, os que pensaram e lançaram os conceitos de territórios existenciais. Eles trouxeram para nós o conceito de ritornelo e de ambientes próprios que vêm da etologia (Jakob Von Uexküll, *Dos Animais e dos Homens*): há pensadores que comparam o ambiente próprio de uma planta, de um animal e do ser humano, e esses territórios são constitutivos assim como para um bebê o canto de ninar da mãe é constitutivo de sua subjetividade. Para a dona de casa, também é fundamental a cortina que ela coloca com o rádio ligado ou a televisão ligada, assim como para nós é fundamental essa ruptura que se faz quando se sai do consultório e atende no domicílio. Isso, que parece uma bobagem, é fundamental para nosso trabalho.

Eu tenho percebido que as pessoas se defendem de uma maneira corporativa quando você fala que é preciso sair do consultório. Quanto mais novos são esses profissionais, eles mais medo têm de sair desse local.

Quando coordenei a Saúde Mental do Projeto Qualis PSF, os primeiros casos de pacientes nós escolhíamos a dedo pelo critério, um critério ético e teórico que é atender o mais difícil em primeiro lugar. Escolhidas a dedo as famílias mais complicadas, as que não aceitavam visitas, as que tinham risco de morte, as que estavam metidas em gangues, etc. Bom, contei aqueles casos que nós atendíamos, sem demanda, de surpresa, no domicílio para o professor Adib Jatene. E ele disse: “À luz de 50 anos de experiência clínica, pergunto: o que sabe um médico no consultório se comparado ao que vocês sabem no domicílio de seus pacientes?”.

Mas Jatene, além de grande clínico, é um dos médicos mais prestigiados do Brasil. Não precisa de reconhecimento.

O que foi extraordinário na experiência do Projeto Qualis é que todos os profissionais tinham um dia da semana dedicado à formação. Todo mundo estava, em status nascendi, aprendendo. O pediatra não sabia fazer toque ginecológico

nem o geriatra atender crianças, os agentes comunitários aprendendo a cuidar de diversas maneiras, os especialistas, os dentistas e auxiliares, todos e os da Saúde Mental discutindo passo a passo e estudando.

Curiosamente tivemos problemas com médicos de família, psiquiatras de formação. Problemas que fomos superando progressivamente.

Esse campo novo, esse campo que abre o trabalho territorial, é de excelência para aquelas necessidades epistemológicas que nós temos para poder avançar. Precisamos fazer muito trabalho de composição e de muita consistência, mas eu queria tirar esse caráter culpógeno de que ainda não avançamos, porque não me parece que essa seja a verdade. Parece-me que nós avançamos muito. Quando eu vou de local em local - eu tenho viajado muito, não tanto como o Paulo, mas eu tenho viajado bastante - vejo que em diversos locais do Brasil nós temos avançado, mesmo sem o desenho que nós gostaríamos de ter nos Centros de Atenção Psicossocial, que, em sua grande maioria, ainda no Brasil inteiro não funcionam 24h.

Na minha cidade, que é São Paulo, agora vão ser criados vários CAPS III e várias Residências Terapêuticas (em fim de 2009, temos 5 inaugurados e 21 residências terapêuticas) e vão ser criados mais serviços por ação promovida pelo Ministério Público.

Enquanto corrijo o texto, gostaria de acrescentar que em São Paulo, pelo fato de morar próximo da área conhecida como cracolândia, testemunhei o fracasso da ação da polícia e das tentativas higienistas. Recentemente, há seis meses, isto é, depois dessa exposição, começou a ação de um grupo de 80 agentes de Saúde e enfermeiros que mudaram a geografia da região.

Esses agentes e esses enfermeiros estão praticando o cuidado ali onde ninguém chega. Eles estão tensionando o sistema de Saúde que tem a natural tendência em expulsar essas pessoas. Estão, também, com menos êxito, tensionando a assistência social, pois os abrigos são pouco atraentes e institucionalizados. No entanto, é notória a rede que vai se formando com as Unidades Básicas de Saúde do Centro. E, com a ação continuada desses agentes de Saúde, está mudando a geografia do centro de São Paulo. Essa experiência, embora incipiente e não integrada, acrescenta problemas novos para a ação no território.

Enfim, temos um vasto campo de pesquisa.

Tanto na experiência que nós tivemos na intervenção na Casa de Saúde Anchieta que cumpriu 20 anos no dia 3 de maio de 2009, como nas experiências que eu tive a sorte de conduzir em Saúde da Família, aprendi que o processo

de produção de texto, o processo de produção de saber, é antes de mais nada um combate, e, em segundo lugar, ele é inerente ao próprio processo de desinstitucionalização e de invenção institucional. Eu acredito que não existe uma separação entre o processo de produção científica e o processo de produção de Saúde mental. Eu acho que faz parte do mesmo processo. Às vezes é duro para quem tem que se desdobrar, mas os polos de capacitação das universidades podem apoiar, transmitir conhecimento e informação que dominam, mas esses polos não conseguem dar formação para operar, porque esse entendimento e esse saber só se geram na práxis.

Portanto, acho que esse esforço deve ser feito desde dentro, de uma maneira imanente, ou seja, da mesma maneira, no mesmo momento, e, no mesmo tempo que você produz Saúde mental, você produz saber. Então, eu acredito que todas essas críticas que se fizeram a respeito do poder exercido pela psiquiatria deve incluir a nossa prática como uma prática de poder. Tem filósofos que gostam de distinguir entre poder e potência, mas eu aprendi com Rotelli e com os italianos que nós não devemos ter medo do exercício desse poder. Essas eram as ideias que eu queria apresentar, e agradeço novamente o convite. Obrigado.

OFICINAS

Eixo temático:

ASPECTOS BÁSICOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O ensino das disciplinas em Saúde Mental: os desafios de formar novos trabalhadores

Renato Diniz Silveira

Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Formação em Saúde Mental das Equipes de Saúde da Família

Marta Elizabeth de Souza

Controle social e Saúde Mental: capacitando os conselheiros municipais de Saúde em Minas Gerais

Elvira Lúcia Pessoa

João Carlos Vale

Estágios e atividades afins: novos campos de práticas em Saúde Mental

Cláudia Maria Generoso.

Isabela Melo

Jarbas Vieira,

Lorena Melo,

Ramon Vieira

O ENSINO DAS DISCIPLINAS EM SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS DE FORMAR NOVOS TRABALHADORES

Renato Diniz Silveira⁹

Paula Cambraia de Mendonça Vianna¹⁰

O objetivo geral deste trabalho é apresentar iniciativas de aproximação entre o ensino de disciplinas curriculares de cursos que fazem parte da formação para trabalhadores em Saúde Mental, uma vez que o campo em questão vem necessitando cada vez mais da presença de profissionais habilitados para essa função, dentro da perspectiva multidisciplinar que caracteriza essa prática.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, hoje com mais de vinte anos, encontra-se solidificada através do modelo antimanicomial e aberto da assistência, conforme orientação da legislação federal e da legislação estadual. Todavia, percebemos que, dentre as principais questões que hoje tomam o campo da Saúde Mental, está a da formação e capacitação de recursos humanos. Com certeza, o modelo proposto já se encontra consolidado no âmbito político e operacional, sustentando a proposta de reorganização da assistência em Saúde Mental; porém, atualmente surgem os problemas referentes à sua manutenção.

Nem sempre a formação do trabalhador da Saúde Mental, na universidade, é atravessada pela discussão ética e crítica referente à Reforma Psiquiátrica. Além disso, os concursos públicos, apesar de muitas vezes reunirem bibliografia

9 - Professor de Psicopatologia e Nosologia da PUCMINAS/ Betim, Médico psiquiatra, Mestre em Psicologia Social (UFMG), Doutor em Educação (UFMG), Preceptor da residência em Psiquiatria (Instituto Raul Soares/FHEMIG).

10 - Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica (UFRGS), Mestre em Enfermagem (UFMG), Doutora em Enfermagem (USP). Pró-Reitora Adjunta de Extensão da UFMG.

pertinente ao campo, não exigem nenhuma capacitação prévia, trazendo, no máximo, a experiência pregressa do funcionário na contagem de pontos para aprovação. Entretanto, nem mesmo essa experiência é garantia de um percurso junto ao campo reformulado da Saúde Mental, estruturado em torno da desinstitucionalização da loucura. Essa experiência pode ser entendida aqui como uma ruptura com as práticas e teorias que sedimentaram uma relação de poder e assujeitamento do louco ao saber dominante da psiquiatria tradicional, caracterizando de maneira estigmatizada a experiência da loucura a partir da idéia de periculosidade e impossibilidade de inserção social.

Compreendemos que apenas a leitura da bibliografia indicada para os concursos e a sua inserção no serviço não garantem que o profissional vá agir de acordo com as metas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. A postura manicomial não se restringe aos espaços físicos do hospital, mas, sobretudo, à maneira como lidamos e entendemos a doença mental. A desconstrução do saber manicomial e a certeza da capacidade, autonomia e habilidade do portador de sofrimento psíquico são os grandes desafios da Reforma Psiquiátrica. Podemos ser em espaços abertos muito mais manicomiais do que alguns profissionais que se encontram em hospitais psiquiátricos. O muro que realmente impede a reforma se encontra sedimentado em alguns profissionais que desconsideram o direito à cidadania e à liberdade.

As universidades que possuem em seus currículos cursos na área da Saúde, ocupadas em cumprir as diretrizes curriculares exigidas pelo Ministério da Educação, por um lado, e potencializando sua ação junto às demandas sociais, por outro, começam a pensar formas de atualizar seus currículos, modernizando-os e tornando-os mais aptos a gerir as demandas advindas do mercado de trabalho. Neste sentido, o tema do ensino das disciplinas proposto nessa oficina é altamente pertinente, pois é preciso considerar que alguns professores universitários são também trabalhadores da Saúde Mental, ocupando o quadro funcional do serviço público, ou como supervisores de equipes de CAPS, por exemplo.

A participação da universidade e órgãos formadores de pessoal da área da Saúde, parcerias imprescindíveis na discussão sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica, estimularia uma percepção mais crítica sobre o atendimento prestado ao doente mental. As escolas têm sido, tradicional e historicamente, as reprodutoras da ideologia dominante e implementadoras (acríticas) das políticas sociais, apesar de reconhecer-se que contraditoriamente contribuem, como transmissoras de conhecimentos, para a formação de uma contraideologia (Barros,1996). Entretanto, “a Reforma Psiquiátrica deixou de lado, praticamente em

todos os lugares, a universidade, demasiadamente conservadora e endogâmica. A frente da reforma psiquiátrica foi a assistência” (Desviat, 1999:164).

Muitas vezes, o saber universitário se basta. Ele prescinde de outros saberes, de outros lugares. A falta de integração da maioria das universidades brasileiras com os serviços substitutivos de Saúde mental é reflexo da prepotência desse saber que, em muitos casos, desconhece ou menospreza outros saberes que não se encontram alicerçados dentro do mundo acadêmico.

Levando em consideração que a universidade forma os diversos profissionais que atuarão dentro dos novos serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica, podemos perceber, aí, uma enorme contradição. A maioria dos profissionais carrega uma bagagem teórica e prática que se contrapõe à assistência pretendida pela Reforma aos portadores de transtornos psíquicos. Esses profissionais se sentem despreparados para atuar nos novos serviços e atribuem esse despreparo a uma formação teórico-prática restrita, que centra seus estágios, em sua grande maioria, nos hospitais psiquiátricos. Apesar de contarmos nos currículos de graduação com conteúdos teóricos que contemplam a transformação do modelo assistencial em Saúde mental, a prática continua a acontecer, geralmente, dentro desses hospitais. Essa dicotomia entre a teoria (que ensina o que não faz) e a prática dificulta a inserção dos profissionais nos serviços substitutivos, que necessitam, cada vez mais, da sua presença. Particularmente nos currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem, o ensino de psiquiatria e Saúde Mental deve ultrapassar e não priorizar as unidades hospitalares, ganhando as ruas e a cidade, onde realmente mora aquele que nos dispomos a tratar.

Percebemos em nossa prática que a assistência em Saúde Mental tem se conservado, em muitos casos, à margem de todo o movimento pela transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. Essa assistência está centrada “na identificação de sinais e sintomas - a doença -, e a finalidade é a remissão desses sintomas e a conseqüente mudança do comportamento - a cura (...) e tem como objeto o homem a-histórico reificado na doença, no sintoma e na exterioridade de seu comportamento” (Barros, 1996).

A Reforma Psiquiátrica exige que o homem seja contemplado em sua totalidade. É fundamental, portanto, que o ensino em Saúde Mental “construa marcos teóricos precisos e que deles origemem pressupostos da intervenção, resgatando de todas as teorias existentes o que há de positivo na construção de um sujeito social – cidadão -, quer seja doente mental ou não” (Barros, 1996:170).

Visto que a universidade é responsável pela formação de atores comprometidos com projetos de transformação em Saúde, torna-se premente o redire-

cionamento do ensino em Saúde Mental, buscando a qualificação da força de trabalho através da capacitação de profissionais aptos a atuar de acordo com a realidade da assistência psiquiátrica brasileira, dentro de uma concepção que enxergue o homem em sua totalidade e não esfacelado no social, no psíquico, no biológico.

Urge, portanto, a inserção da universidade na Reforma Psiquiátrica, formando atores comprometidos com a realidade da assistência em Saúde mental.

Entretanto, é premente que os serviços sintam a necessidade dessa parceria e que compartilhem dessa nova realidade. Percebemos, muitas vezes, um certo confronto com a universidade, como se ela invadisse espaços que não lhe pertencem. Entender a pertinência desse diálogo com certeza é um dos caminhos para formarmos profissionais aptos a transitarem pelo universo da Reforma Psiquiátrica.

O estudo sistemático dos sintomas psicopatológicos e das grandes síndromes nosológicas em psiquiatria precisa receber, no ato mesmo de sua transmissão, um acréscimo por parte do professor que inclua efetivamente o sujeito que enuncia tais sintomas. Não nos parece que os livros e recentes “manuais” reportem essas necessidades, fazendo uso de uma fetichização classificatória que é sem dúvida uma necessidade de afirmar uma suposta totalidade enunciativa do saber mental. Para os usuários, no entanto, o encontro com os jovens trabalhadores é muito mais interessante quando, ao invés de procurar identificar taxonomias ou diagnósticos externos àquele momento, há uma aproximação possível entre a realidade cotidiana dessas pessoas, alunos e usuários. É preciso cuidar desse encontro inicial com o futuro campo de trabalho.

Neste sentido, parece-nos totalmente inútil e mesmo contraproducente que o aluno seja levado a assistir atendimentos de urgência em um primeiro momento de sua formação. A ideia de que o estado mental alterado está sempre acompanhado de violência é equivocada e não reflete o cotidiano de um futuro trabalhador. Assim, o aluno pode e deve estar presente em acolhimentos de serviços, mas não para “assistir”, e sim ao estar preparado para contribuir e pensar nas demandas e propostas de intervenção marcadas pela singularidade que norteia a prática desse campo. Criar dispositivos a fim de que a universidade mantenha diálogo efetivo com trabalhadores e usuários é um dos desafios mais agudos nesse processo de formação.

A experiência prévia de professores que tenham uma vivência no campo da Saúde Mental pode promover uma aproximação entre a realidade do campo prático e os cursos da área de Saúde Mental, estreitando os laços entre

a universidade e a realidade dos serviços substitutivos. A tarefa de levar os alunos ao campo, no entanto, teve de ser pensada a partir de disciplinas de vários segmentos do saber, como a filosofia, as políticas públicas, a sociologia e principalmente a psicanálise. Disciplinas como Psicopatologia e Nosologia Psiquiátricas, ainda que com enfoque calcado no método fenomenológico, buscam trazer ao aluno o conhecimento da disciplina psiquiátrica. Essas disciplinas devem se fazer acompanhar da estimulação de uma postura crítica frente ao discurso psiquiátrico, sua historicidade, alcances e limites.

Ao promover a reflexão e a prática nesse território, entendemos que a universidade cumpre, ao mesmo tempo, sua função de formação profissional e de responsabilidade social, através da atividade extensionista.

Entendemos a extensão universitária como um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa, de forma indissociável, viabilizando assim a relação transformadora entre a universidade e a sociedade (Serrano et al, 2001). Através da extensão, a comunidade acadêmica alcança, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis do conhecimento acadêmico que se encontra, nesse processo, associado ao conhecimento popular. De acordo com Nogueira (2000), são consequências da extensão:

1. a produção de conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional;
2. a democratização do conhecimento acadêmico;
3. a participação efetiva da comunidade na atuação da universidade.

É importante salientarmos, também, a necessária relação dialógica com a comunidade, não dentro de um viés assistencialista, mas embasado na construção de um conhecimento a quatro mãos. O impacto dessas ações na formação do aluno, com certeza, fará com que ele tenha uma prática e um saber diferenciado, atento às necessidades e demandas da comunidade.

Dentre as várias atividades de extensão, percebemos que ela se configura como o espaço em que o compromisso social da universidade vigora e opera, através de ações de promoção dos valores democráticos, da igualdade e desenvolvimento social, resgatando a cidadania como valor norteador das suas atividades que são direcionadas à luta contra a dependência econômica, cultural e política.

A convivência com o difícil cotidiano dos pacientes portadores de sofrimento mental e de suas famílias nos anima a prosseguir nesse trabalho, certos de que estamos contribuindo no sentido de uma universidade que não esteja fechada

às questões psicossociais que a situação brasileira apresenta e que não recue diante das dificuldades da formação profissional comprometida com a realidade social que a cerca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Sônia. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice.** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

DESVIAT, Manoel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 197 p.

NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel (Org.). **Extensão universitária: diretrizes conceituais e políticas.** Belo Horizonte: PROEX/UFMG/Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, 2000. 194 p.

NORONHA, Patrícia Ayer de. **Uma perspectiva dionisíaca no trabalho social: afirmação da vida. Psicologia em Revista.** Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 124 - 135, dez. 2003.

PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 158p

SERRANO, Rossana Maria Sotto Maior; JUSTINO, Maria José; NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel & MENDES, Sônia Regina. **Avaliação nacional da extensão universitária.** Brasília: MEC/SESu/UFPR/UESC/Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, 2001. 97p.

SILVEIRA, Renato Diniz. **Cidadania do louco: da utopia à possibilidade.** [Mestrado]. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2000, 112 p.

SILVEIRA, Renato Diniz. Projeto Lopes Rodrigues: **Continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930).** 2008, 304 p., Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2008a.

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹¹

Marta Elizabeth de Souza¹²

As discussões e as deliberações sobre o tema da formação das equipes de Saúde da Família no campo da Saúde Mental foram debatidas por centenas de trabalhadores usuários e familiares durante a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 em Brasília, como podemos ler nas páginas 72 e 73 de seu relatório final.

O avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliação das instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, para além das universidades. Exige sobretudo que, nas três esferas de governo, os centros de formação de recursos humanos estabeleçam as bases para criar de imediato programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em Saúde Mental para o Sistema Único de Saúde, por meio de capacitações/educação continuada; monitoramento por parte da gestão do desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental; criação por parte dos centros formadores de recursos humanos de cursos de atualização, pós-graduação, estágios, residências, integração docente assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente para os gestores, equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), trabalhadores dos serviços de urgência e emergência do hospital geral, dos serviços substitutivos, dos dispositivos residenciais, dos profissionais de nível médio e superior da rede de Saúde Mental, dos integrantes das instâncias de controle social (familiares e usuários), de profissionais de outras políticas públicas, dentro das diretrizes políticas dos respectivos projetos de cada prefeitura municipal, dos estados e da União, em consonância com a

11 - Participou também da coordenação desta oficina Políbio de Campos, membro da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

12 - Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Reforma Psiquiátrica, conforme o Artigo 1º da Lei 10.216/2001.

O cotidiano das práticas assistenciais da Saúde Mental sustentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira tem revelado que a política de formação, para além da transmissão de conhecimentos, deve propiciar a criação de espaços de trocas baseados na realidade local, com a valorização dos diversos saberes, com metodologias participativas construídas através de intercâmbios entre municípios, coordenadorias regionais, municipais e estaduais, e entre serviços e instituições formadoras voltadas para os profissionais de Saúde em todos os níveis. Considerando-se a competência técnica e política desejada nesse processo, torna-se fundamental a inclusão de usuários e familiares no processo de formação em Saúde Mental, tanto como alunos ou na equipe de instrutores.

“A atenção básica têm a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”, diz a portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006. A atenção primária é o lócus onde se dá maior proximidade das equipes de Saúde com território, bem como é o local onde a diversidade das demandas necessitam muitas vezes de ações de alta complexidade em relação à articulação das respostas. Portanto a atenção primária não possui ações simplificadas de Saúde; ao contrário, exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e de recursos bastante diversificado e complexo.

No que tange a Saúde Mental, as questões que surgiram durante a realização da oficina sobre a formação das equipes de Saúde da Família, analisando a cisão entre a Saúde Mental e as outras áreas da Saúde, foram as seguintes: o temor das equipes de Saúde de não saber lidar com o sofrimento psíquico do paciente por mais que tenham base de sustentação em protocolos; o preconceito dos profissionais de Saúde no que diz respeito aos portadores de sofrimento mental; necessidade de se ter uma técnica e uma terapêutica que evite o sofrimento, de tal forma que a medicalização surge como ideal de resposta às demandas de Saúde Mental; dificuldade de ter uma escuta acolhedora que considere os aspectos subjetivos e sociais implicadas no adoecimento, não apenas por falta de preparo, mas devido à própria organização do processo de trabalho que é voltado para consultas individuais, conforme modelo tradicional; angústia dos profissionais que não sabem o que fazer com os ditos “casos difíceis” - por exemplo pacientes que vão recorrentemente aos serviços em busca de atendimento; dificuldades em realizar o trabalho em equipe e em rede; falta de gestão em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica; foco da assistência centrado em ações curativas mais do que a prevenção e

promoção da Saúde; sentimento de impotência dos trabalhadores frente aos problemas que enfrentam.

Muitas vezes os serviços de Saúde se tornam um ponto de referência para os usuários como um modo de criação de laço social. Oferecer apoio para pessoas que não possuem nenhuma forma de continência para sua dor, suportar esse tipo de demanda, traz para estes trabalhadores uma tarefa muito difícil - visto que muitos também não possuem locais para ancoragem de seus sofrimentos.

As políticas de formação podem se tornar um valioso instrumento que contribua para o fortalecimento subjetivo, ético e profissional dos trabalhadores de Saúde.

CONTROLE SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CAPACITANDO OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

**Elvira Lúcia Pessoa
João Carlos Vale¹³**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas sociais do Brasil nos últimos 20 anos, consequência de um abrangente processo de mobilização dos movimentos sociais brasileiros. Por sua vez, a legislação que estrutura o controle social no âmbito do SUS representa um importante passo para o estabelecimento de relações transparentes e democráticas no que tange à prestação de serviços públicos na área da Saúde.

O termo “controle Social” refere-se, conforme o texto da lei, ao trabalho exercido pelas conferências e conselhos de Saúde. Através dessas instâncias, o legislador busca assegurar a participação popular na proposição e na fiscalização das políticas públicas de Saúde, garantindo, através da Lei N° 8.142, de 28/12/1990, a instituição dos conselhos e das conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS em nível municipal, estadual e federal.

A proposição em lei do controle social caracteriza-se como um dos grandes avanços trazidos pelo SUS. Em sua essência, esse dispositivo legal busca assegurar a transparência, a legitimidade e a pertinência no uso dos recursos públicos destinados à assistência em Saúde. O controle social se revela, desta forma, como preciosa inovação no modo brasileiro de fazer política pública, na medida em que organiza em uma estrutura colegiada as representações de usuários, gestores e trabalhadores do sistema, de modo a fazer dessa conjunção tripartite o núcleo de convergência para a proposição, a avaliação e o monitoramento das políticas e das ações em Saúde.

13 - Membros da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

Tendo em mente a importância do controle social para a consolidação e aprimoramento do SUS, voltamos agora para o seu papel no campo da Saúde Mental, campo onde historicamente a prestação de serviços era exercida sem a presença e o acompanhamento da sociedade civil organizada. O modelo de atenção ao portador de sofrimento mental mobilizou a opinião pública brasileira no final da década de 70, quando a Imprensa mostrou a realidade dos manicômios, chamados tecnicamente de “hospitais psiquiátricos” e muito bem definidos através da expressão “porões da loucura”, cunhada na histórica série de reportagens do Jornalista Hiram Firmino. Um vigoroso processo de mobilização social teve lugar desde então, culminando num movimento político que trazia a proposta de uma profunda reestruturação da assistência psiquiátrica no país, que ficou conhecido nacionalmente como o “movimento da luta antimanicomial”.

Hoje a Reforma Psiquiátrica é uma conquista assegurada em lei, em nível nacional e estadual. Também na legislação da Reforma Psiquiátrica, encontramos ressaltada a importância de um controle social presente e atuante, assegurado através das Comissões de Reforma Psiquiátrica, vinculadas aos conselhos de Saúde, bem como através dos movimentos sociais organizados de trabalhadores, familiares e usuários dos serviços de Saúde mental.

Como em toda a estrutura do SUS, a presença do controle social na área da Saúde Mental é muito importante para a qualidade e o aprimoramento da assistência prestada à população. Essa presença se faz importante não apenas por causa dos aspectos técnicos vinculados à assistência oferecida, mas também em função das condições de fragilidade social que geralmente caracterizam o portador de sofrimento mental e seu núcleo familiar. Sabemos das consequências nefastas que se fazem presentes sempre que a garantia dos direitos de cidadania e de dignidade devidos a todo cidadão deixam de ser objeto de cuidadoso acompanhamento social, e, neste sentido, a assistência oferecida pelo modelo anterior à Reforma Psiquiátrica diversas vezes aviltou e negligenciou os mais elementares direitos humanos, favorecendo a consolidação de estereótipos e preconceitos em torno dos portadores de sofrimento mental e de seus familiares. Ao se utilizar de condições e recursos que impedião o contato e a interação entre o portador de sofrimento mental e o seu meio social, o manicômio acabou por gerar a sua exclusão social e o seu abandono. É exatamente para reverter esse terrível efeito do modelo manicomial que a Reforma Psiquiátrica tem no controle social um dos seus principais pilares de sustentação.

Para fazer frente a essa importante tarefa, a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais (CERP-MG), vinculada ao Conselho Estadual

de Saúde, iniciou uma série de encaminhamentos com vistas a qualificar os conselheiros municipais de Saúde do nosso estado acerca da importância de sua contribuição para o avanço das políticas públicas em Saúde Mental. Atualmente temos em Minas Gerais mais de seiscentos e quarenta Conselhos municipais de Saúde cadastrados e funcionando, atuando diretamente no controle social dos serviços prestados pelo SUS. O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais vem organizando os Conselhos municipais em colegiados microrregionais, e, através destes, a CERP-MG vem levando as oficinas de capacitação em Saúde Mental para grande número de agentes do controle social, sejam eles conselheiros municipais, associações de familiares e usuários ou profissionais de Saúde. Os participantes das oficinas atuam como multiplicadores desse processo em suas respectivas comunidades, ampliando a conscientização popular acerca da importância do controle social nessa área e divulgando indicadores de qualidade e eficiência dos serviços prestados. Procura-se através dessa iniciativa incluir a assistência à Saúde Mental como uma pauta regular dos conselhos municipais de Saúde em Minas Gerais, tão importante quanto qualquer outro serviço prestado pelo SUS. O processo de capacitação está estruturado a partir de três oficinas temáticas, organizadas numa parceria entre a CERP-MG e a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), sob supervisão da Dra. Ana Marta Lobosque. Através do material organizado, os agentes do controle social recebem informações detalhadas sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, da legislação que regulamenta a área, das responsabilidades da gestão do SUS para com a Saúde Mental e dos indicadores que devem ser observados para assegurar o bom funcionamento dos serviços clínicos ofertados à população.

Quando convidada a ministrar a oficina Formação dos Conselheiros de Saúde no Seminário Nacional de Saúde Mental, a CERP-MG trouxe como propósito apresentar a experiência que tem sido desenvolvida em nosso Estado neste sentido, para que possa estimular e subsidiar outras experiências semelhantes. O processo de capacitação já foi levado a cerca de 40 municípios e se prepara para chegar a novos colegiados que estão sendo implantados no Estado. Os municípios capacitados já começam a apresentar os efeitos desse processo, conforme nos foi demonstrado pelos representantes do colegiado microrregional de Pará de Minas durante a oficina. Eles foram portadores de um auspicioso relato acerca dos avanços da assistência em Saúde Mental na região após a realização da capacitação dos conselheiros municipais dos municípios envolvidos. Dentre os avanços mencionados, destacam-se a criação da Comissão de Reforma Psiquiátrica, a inclusão da Saúde Mental como ponto de pauta regular do colegiado e o encaminhamento de uma série de providências visando

à instalação de um terceiro CAPS na região, hoje assistida por apenas duas unidades, uma no município de Pará de Minas e outra no município de Nova Serrana. A região vem inclusive pleiteando junto ao Conselho Estadual de Saúde uma nova etapa do processo de capacitação, agora no sentido de um trabalho de avaliação e planejamento para as próximas ações em Saúde mental. Por sua vez, o colegiado microrregional de Manhuaçu também nos reporta importantes avanços nas discussões em torno da Saúde Mental na região, entre os quais destacamos a busca de soluções pactuadas entre os municípios para a atenção aos dependentes de álcool e outras drogas e para a hospitalidade noturna dos pacientes em crise. Outro ponto bastante discutido pelos participantes do processo de capacitação naquela microrregião foi a garantia da oferta de ações em Saúde Mental pelos recursos de atenção básica na região, composta por cerca de 25 municípios.

O trabalho apresentado pela CERP-MG durante a oficina de Formação dos Conselheiros de Saúde suscitou uma série de reflexões e comentários por parte dos participantes. As discussões realizadas enfatizaram a importância de iniciativas dessa natureza, uma vez que proporcionam a criação de subsídios conceituais para os agentes do controle social, de forma a instrumentalizá-los no exercício cotidiano de suas atividades. A falta de acesso a informações claras e objetivas sobre os programas assistenciais do SUS foi evidenciada como um dos maiores problemas para o acompanhamento efetivo das ações e serviços oferecidos à população pelo gestor, dificultando o trabalho dos conselheiros municipais e impedindo a consolidação efetiva do controle social, especialmente no campo da Saúde mental. A estratégia de capacitação apresentada foi avaliada pelos presentes como importante recurso para a superação dessa lacuna, contemplando uma antiga reivindicação dos agentes do controle social. A experiência apresentada pela CERP-MG despertou grande interesse dos representantes de outros Estados, que buscavam subsídios para alavancar o controle social em suas respectivas localidades, bem como dos participantes de Minas Gerais que ainda não conheciam a existência desse trabalho e se empenharam em fazê-lo chegar aos seus municípios de origem, reconhecendo de pronto a importância e o pioneirismo da iniciativa.

A oficina permitiu ainda à CERP-MG verificar a importância e a pertinência do trabalho que vem desenvolvendo neste sentido, bem como constatar a necessidade de ampliar cada vez mais o processo de capacitação em curso, já que o nosso principal objetivo é dinamizar e aprimorar as articulações entre o controle social e a Reforma Psiquiátrica. Buscamos implementar a construção de uma rede do controle social, onde possamos agregar as comissões municipais

de Reforma Psiquiátrica, as associações de usuários e familiares e os demais atores sociais interessados no aprimoramento do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. A oficina nos trouxe, portanto, a oportunidade de demonstrar a todos os participantes que se os conselheiros municipais de Saúde receberem os subsídios necessários para exercer plenamente a sua função de agentes do controle social, o principal beneficiado será o usuário do SUS, que passará a contar com serviços adequados às necessidades e à realidade da sua região, através de soluções compartilhadas e construídas democraticamente por todos os envolvidos no processo de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei Federal 8.080 de 19/09/1990;

Lei Federal 8.142 de 28/12/1990;

Lei Federal 10.216 de 06/04/2001;

Lei Estadual 11.802 de 18/01/1995;

Lei Estadual 12.684 de 01/12/1997.

ESTÁGIOS E ATIVIDADES AFINS: NOVOS CAMPOS DE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Cláudia Maria Generoso¹⁴

Isabela Melo¹⁵

Jarbas Vieira¹⁶

Lorena Melo¹⁷

Ramon Vieira¹⁸

Saúde Mental numa construção aberta: aspectos iniciais

Para construirmos experiências de estágios, será necessário partir de aspectos básicos para entendermos de onde se está partindo e para onde quer-se ir. É imprescindível uma articulação profunda entre a universidade e o serviço, de tal forma que esses dois espaços comunguem princípios e propostas que alicerçam as políticas públicas. Necessário é ter noções que deem horizonte para uma construção emancipatória em Saúde Mental. Partirmos de uma concepção ampliada de saúde, estado que tem uma amplitude muito grande na vida do ser humano. O homem é um ser que cria a todo o momento, tendo algo a contribuir para sua existência.

Uma concepção ampliada de saúde é básica para esse entendimento: ver a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que abrange aspectos econômicos, políticos e sociais. É necessária uma construção engajada para a desconstrução de estruturas de opressão e re-construção de espaços críticos.

É importante partirmos de uma concepção de Saúde relacionada à noção de território, articulada aos princípios do SUS, abrindo oportunidades para

14 - Professora da PUC MG e trabalhadora do Serviço de Saúde Mental de Betim

15 - Estudante - Militante do Coletivo Espaço Saúde

16 - Estudante - Militante do Coletivo Espaço Saúde

17 - Estudante - Militante do Coletivo Espaço Saúde

18 - Estudante - Militante do Coletivo Espaço Saúde

construir horizontes de liberdade. A clínica ampliada que contempla as diferentes ações necessárias à nova forma de cuidados em Saúde Mental incorpora novos saberes e recursos, cujo tratamento tem como norte o acompanhamento da vida de cada usuário considerando seu entorno social e cultural.

Todos esses são importantes aspectos para uma bagagem ampla de construção de um projeto que reflita todas as necessidades do homem em seus aspectos mais amplos.

Este texto, visando contribuir para tais projetos, divide-se em dois relatos sobre experiências inovadoras de estágios e atividades afins em Saúde Mental. O primeiro versa sobre o programa de estágios da PUC Betim nos serviços de Saúde Mental da cidade, feito pela Professora Cláudia Maria Generoso, e o segundo, sobre a experiência do Coletivo Estudantil Espaço Saúde na realização do Curso Interdisciplinar de Formação Político-Profissional em Saúde Mental.

Primeiro relato: o programa de estágios da PUC Betim nos serviços de Saúde Mental da cidade

O município de Betim localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, cidade com aproximadamente 400.000 mil habitantes, cortada pela rodovia federal BR381 e conhecida pela concentração de indústrias. É um município polo que é referência em atendimento SUS para 12 cidades da região, perfazendo uma população total de aproximadamente 600.000 mil habitantes. Em 1993 começou a ser implantada a rede de serviços substitutivos no município, e a PUC Betim começou seu funcionamento neste campus em 1999, sendo que o curso de psicologia já tem 10 anos de existência.

A Rede Saúde Mental de Betim composta por 03 CERSAMs adulto (sendo um 24h), 01 CERSAMI, 01 centro de convivência, 02 Serviços de Residências Terapêuticas, atendimento de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde (03 equipes). Em 2001 começaram os estágios PUC nos serviços de Saúde mental – AT, extensão, especialização (2003) e também a clínica do NUPSI, numa efetiva parceria entre prefeitura e universidade.

A construção passa pelas propostas voltadas para a formação crítica e política do aluno, buscando associar aos fundamentos epistemológicos e éticos da psicologia o raciocínio sócio-crítico, que permite ao futuro profissional intervir na realidade que o cerca. Assim, considera-se o embasamento em disciplinas teóricas, profissionalizantes e de teor político e social, tais como a psicopatologia, nosologia mental, políticas sociais, psicanálise, a reforma psiquiátrica, dentre

outras. A elaboração, construção e sustentação das propostas numa relação participativa com os serviços, uma vez que o cotidiano do trabalho, juntamente com as discussões tanto na universidade quanto em campo, é o que orienta o fazer e o posicionamento reflexivo do aluno. Uma sustentação da prática cotidiana do estagiário por trabalhadores de referência no serviço, possibilitando também a atualização e constante reflexão da prática por parte do trabalhador.

Essa experiência favoreceu e ainda favorece a ampliação de conceitos e espaços críticos. Organizam-se assim: a pós-graduação como “Clínica psicanalítica nas instituições de Saúde” tem duração de 8 a 10 meses em toda a rede de Saúde mental do município com uma duração de 120 horas total; a graduação segue uma linha própria que abarca o estágio curricular de Acompanhamento Terapêutico; o “Programa Extensão em Saúde Mental - PUC/Betim: Processo Acadêmico na Consolidação da Reforma Psiquiátrica” e ainda: “a extensão universitária entendida como o lócus, por excelência, do exercício da função social da Universidade”. A duração desses processos para a graduação é de no mínimo 6 meses e no máximo 2 anos com carga horária de 20 horas semanais e tem bolsas financiadas pela prefeitura.

Segundo relato: o curso Interdisciplinar de Formação Político-Profissional em Saúde Mental

Em tempos de desarticulação do movimento popular e de grandes retrocessos na luta política, a Universidade, que deveria ser o lugar da crítica, aparece como um espaço obscuro e de difícil diálogo.

Foi nesse contexto que o Movimento Estudantil da Saúde de Belo Horizonte encontrou uma articulação fora dos muros da Universidade. Dentre os muitos debates que o Espaço Saúde (Coletivo Estudantil da Saúde) promovia, a luta antimanicomial era uma de suas pautas. A universidade estava lá, com sua cruel departamentalização, como um muro branco, inóspito, parado, que só favorecia o não-diálogo. Com a questão da luta antimanicomial não era diferente: os estudantes só encontravam debates fora dos muros institucionais da universidade, ou seja, somente com o movimento social. É nessa realidade que a Reforma Psiquiátrica, ou melhor, a luta antimanicomial se torna pauta do projeto político do Movimento Estudantil.

O conservadorismo do espaço acadêmico não propiciava a construção da discussão. Foi necessário criar alternativas de rompimento das cercas do discurso, ou seja, o Movimento Estudantil se viu com a tarefa de polemizar

mais uma vez a academia. A resistência da universidade para a construção do debate acerca do tratamento do indivíduo com sofrimento psíquico fora dos manicômios estava dada: este assunto não fazia parte do campo das “grandes produções científicas”.

Nessa conjuntura de tentativa de construção de debates, o Movimento Estudantil somente encontrou braços abertos no movimento antimanicomial. Assim as articulações se aprofundaram. Era necessário criarmos oportunidades de um maior número de estudantes vivenciarem a realidade do serviço de Saúde mental substitutivo ao manicômio.

Encontrou-se na rede de Saúde do município de Belo Horizonte um exemplo nacional de tratamento ao indivíduo com sofrimento psíquico, que mostra grande força para a extinção do modelo asilar. Assim, o Movimento Estudantil conseguiu, com muita luta e uma bela autonomia, articular-se com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e construir, em 2007, a primeira experiência do Curso de Formação Político Profissional em Saúde Mental.

A experiência do curso foi muito importante para o Movimento Estudantil: criou uma alternativa de diálogo com a comunidade dos estudantes, uma frente de militância no Espaço Saúde e se tornou uma forma de expansão do diálogo na universidade para o tema da construção de uma sociedade sem manicômios. As várias edições do curso possibilitaram a formação de um bom número de estudantes das várias áreas de conhecimento, em sua grande maioria da Saúde, com a oportunidade de estagiarem por 4 horas semanais nos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Esses estudantes passaram pelos: CERSAM, CERSAM-ad (Álcool e Drogas), CERSAMi(Infantil) e Centros de Convivência.

Durante todas as edições, tivemos o grande apoio, na construção da carga teórica, da Escola de Saúde Pública, na pessoa da Professora Ana Marta Lobosque. Juntamente com esta companheira, tivemos a participação de outras pessoas, e, nesta quarta edição que está acontecendo, estamos nos aproximando mais dos trabalhadores e militantes da rede. Em vários acontecimentos e em grande parte das aulas, estiveram conosco vários militantes da luta antimanicomial: usuários, familiares e trabalhadores.

Continuamos essa construção, observando o amplo diálogo e apoio recebido da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e de sua Coordenação de Saúde Mental e a grande força que tem nos dado a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Assim, estamos a cada dia criando e cultivando um espaço de cons-

trução de um debate crítico em prol da construção de uma sociedade diferente, onde caibam todas e todos, e pela extinção dos manicômios e prisões.

Eixo Temático

A FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Formação política dos usuários e familiares da Saúde Mental

Jaciara Siqueira

Paulo Braga

A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades.

Tânia Ferreira

Francisco Goyatá

A formação permanente dos gestores

Lourdes Machado

Thiago Horta

FORMAÇÃO POLÍTICA DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DA SAÚDE MENTAL

Jaciara Siqueira Coelho¹⁹

Paulo dos Reis Braga²⁰

Considerações gerais

Quando se inclui numa programação de um seminário cujo eixo de discussão é o desafio da formação daqueles envolvidos com a problemática da loucura uma oficina que vai pensar e socializar uma experiência de formação política para usuários e seus familiares, isso nos diz do inusitado. Não se tem registro de tal experiência na lógica manicomial, porque isso só é possível numa lógica que pressupõe e deseja a limitação da tutela.

A Reforma Psiquiátrica, contemporânea da “Era dos Direitos”, coloca em pauta os direitos do portador de sofrimento mental, sendo seu norteador a liberdade. A partir desse direito de ser tratado fora dos muros do manicômio, é que foi possível se pensar nos desdobramentos de uma política que toma como eixo a construção da cidadania desses sujeitos que passam então a compor a cidade. Ser cidadão é gozar dos direitos civis e políticos de um Estado, bem como ter deveres para com este.

Sabemos que há uma peculiaridade em se tratando do portador de sofrimento mental. O desencadeamento de uma crise pode nos convocar a uma tutela que se exercerá pontualmente, tendo como função trabalhar para seu próprio fim. Às vezes será necessário conter um sujeito, contenção que pressupõe protegê-lo disso que o acomete, mas tendo como objetivo propiciar sua retomada da

19 - Militante da luta antimanicomial

20 - Usuário, Monitor do Centro de Convivência Pampulha em BHG; membro dos Conselhos Fiscais da ASUSSAM e SURICATO e membro da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de MG

condição cidadã, ou, mais precisamente, que não o retire dessa condição.

A Reforma Psiquiátrica é fruto de uma luta política que colhe uma importante vitória com a promulgação da lei 10.216 de 2001. Esse é um marco muito significativo, pois ali é formalizada a garantia de direitos do portador de sofrimento mental. Ela cria dispositivos para o tratamento sem o sequestro da cidadania desses usuários. Entretanto, ainda que muito importante, não garante a permanência da conquista e nem o avanço nas práticas do cuidado e dos direitos.

A partir dessa avaliação, é que podemos entender por que o movimento da luta antimanicomial persiste em dizer que a luta política é o caminho a seguir, na companhia dos usuários da Saúde Mental, seus maiores interessados. Não só porque essa participação faz parte da condição de cidadão, mas também porque sem ela não há como sairmos da lógica tutelar que tanto combatemos. O embate que essa luta promove é justamente fazer caber o dito louco na cultura, preservando o que há de singular em cada um, com liberdade.

Em 2005, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, ONG que se propõe a defender os direitos dos portadores de sofrimento mental, a partir de uma atividade política, onde se reúnem mensalmente os militantes dessa luta, que tanto são técnicos como usuários e seus familiares, bem como também seus simpatizantes, organizou um curso de formação política para os usuários pautado pela discussão do conteúdo do material da Linha-Guia de Saúde Mental, organizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e destinada aos profissionais da Atenção Primária e aos profissionais de Saúde Mental.

A Linha-Guia é um trabalho com o objetivo de transmissão e formação para a sustentação da implementação da reforma psiquiátrica em nosso país. Ela se inicia apresentando a Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais, caminha discorrendo sobre a organização da assistência e a rede de atenção em Saúde Mental, passa por outros dispositivos importantes para a consolidação da Reforma, como, por exemplo, o centro de convivência, registra os movimentos do controle social, inclui os quadros clínicos com suas classificações, aborda o tratamento com seu projeto terapêutico e não deixa de incluir a legislação, seu financiamento e o registro de dados em Saúde mental. Um bom instrumento de disputa política.

No uso desse instrumento de disputa política, a luta antimanicomial não poderia deixar à margem seus principais interessados. Por isso, foi possível reunirmo-nos semanalmente com alguns usuários e familiares e discorrer sobre

o conteúdo da Linha-Guia. Nesses encontros era feita a leitura dos capítulos, interrompida sempre que necessário para esclarecer dúvidas, para interpelações, avaliações, etc. Às vezes aparecia um usuário vindo do CERSAM-Leste, já que os encontros eram na sede do Fórum Mineiro, caminhava de um lugar ao outro e por ali ficava, delirante muitas vezes, mas acolhido sempre que aparecia.

Entendemos que a Reforma Psiquiátrica não deve se restringir aos métodos de tratamento. Não se trata só de cuidar de um portador de sofrimento mental fora do manicômio, é preciso sustentar uma luta que, ao reconhecer a diferença, não faça dela um motivo de exclusão. Uma luta que abra brechas para que o portador de sofrimento mental também seja um construtor da cultura: para tanto, o que pensa e o que faz precisa encontrar um lugar para além do tratamento. Sabemos que assim também se trata. Circular nesses espaços pode contribuir para uma estabilização, mas queremos muito mais, queremos construir e sustentar uma cidade onde a diversidade da experiência humana encontre sempre um abrigo.

Existem também outros lugares de circulação dos usuários que contribuem para a luta política. Citamos a ASUSSAM - Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais -, que possui um trabalho relevante na defesa da melhor qualidade de vida dos usuários em Saúde Mental, congregando-os numa iniciativa de articulação e tomada de consciência enquanto sujeitos e atores no processo de combate à exclusão e ao preconceito; o Fórum Mineiro de Saúde Mental, citado anteriormente; a Suricato- Associação de Trabalho e Produção Solidária, que é um projeto de geração de renda para os usuários em Belo Horizonte; as comissões estadual e municipal de Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais e Belo Horizonte, respectivamente, que são instâncias do controle social, com sede em Belo Horizonte, e que acompanham a implementação e a efetivação das políticas de Saúde mental por áreas de abrangência citadas.

Aprendemos não só com a prática mas com as contribuições de diversos pensadores que desconstruir uma concepção de homem, de vida, não se faz sem um embate. Embate que exige tática e estratégia. É uma boa estratégia não nos colocarmos como meros porta-vozes daqueles que podem agir e lutar. É uma boa política não nos fazermos representantes dos usuários como se esses não pudessem falar por si, defender seus direitos fazendo política. Como disse Michel Foucault referindo-se ao pensamento de Gilles Deleuze: “É indigno falar pelos outros”.

Sabemos que a luta é sempre de resistência dentro da rede de poder, e o sistema de poder tenta invalidar o saber do usuário devido à sua condição de louco. Por isso um curso de formação política para usuários se insere na luta

que todos travamos, todos que defendemos a Reforma Psiquiátrica brasileira: usuários, técnicos, familiares e simpatizantes. Luta que pretende construir e sustentar a condição de cidadão do portador de sofrimento mental que historicamente se viu alijado dos processos de decisão não só de sua vida e destino, como da cidade onde habita.

A experiência desta oficina

A oficina iniciou-se com a apresentação da proposta de trabalho feita pelos coordenadores Paulo dos Reis Braga, usuário da rede pública de Saúde Mental de BH e militante da luta antimanicomial, e Jaciara Siqueira, técnica, e também militante dessa luta.

Paulo dos Reis discorreu sobre a organização sócio-política dos usuários dos serviços substitutivos em Saúde Mental em Minas Gerais, mais especificamente em Belo Horizonte. Para tanto, reportou-se ao conteúdo do texto.

Questões levantadas e proposições feitas:

1. Queremos ressaltar que nós, usuários dos serviços de Saúde mental, organizados em Minas Gerais, queremos o fim dos tratamentos invasivos em Saúde Mental e o fim do desrespeito aos direitos da pessoa humana, apostando num mundo onde todos possam viver com dignidade, principalmente os que hoje estão à margem do contexto social em nosso país e em todo o mundo; portanto permanecemos defendendo a luta antimanicomial.

2. A partir dessa oficina com alguns representantes da ASUSSAM participando dela, foi proposta a retomada das reuniões itinerantes que essa associação promoveu por muito tempo, entendendo-as como uma atividade importante para o fortalecimento da luta antimanicomial. Essas reuniões serão realizadas na região metropolitana de BH.

3. Paulo dos Reis Braga, atualmente do conselho fiscal da ASUSSAM, levará para a próxima reunião dessa associação a proposta de se fazer chegar a outros municípios do Estado, através do que ele nomeou como roda de conversa, a apresentação do trabalho de organização social e política dos usuários do serviço de Saúde mental de BH.

4. Os participantes da oficina problematizaram a retomada do movimento de contra-reforma que se utiliza do discurso da ineficácia do SUS para exigir a reabertura de leitos nos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Questão preocupante e que exige o fortalecimento da luta antimanicomial em defesa

do SUS enquanto política pública de Saúde. Propõe-se novamente mobilizar os usuários e seus familiares, juntamente com os trabalhadores da Saúde nessa luta, através do prosseguimento desse encontro com o coletivo aqui presente.

5. A partir da atual conjuntura, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica precisam fortalecer as estratégias de atuação e para isso algumas propostas devem ser consideradas, como a da realização da 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental, que deve ser proposta pela Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de MG ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Edições Graal Ltda. RJ. 1989.

Linha-Guia de Saúde Mental. **Secretaria de Estado de Saúde Mental de MG. BH.2005.**

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento**. Editora Garamond Ltda. RJ.2003

A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL: DOS RISCOS E DAS POSSIBILIDADES.

Tânia Ferreira²¹
Francisco Goyatá²²

Do trabalho desta oficina - da qual fomos todos “oficineiros” - vamos construir este texto, trazendo dois movimentos de trabalho: algumas questões que, enquanto supervisores na rede, pudemos formalizar ou estão em vias de formalização sobre o dispositivo da supervisão nos Serviços de Saúde Mental, e o lugar, a posição do supervisor, trabalhados por nós com o grupo participante da oficina, e o outro movimento relativo à experiência na oficina - resultado do trabalho de todo o grupo que a construiu.

Embora a contribuição dos participantes esteja presente neste texto, a eles não cabe a responsabilidade pelas interpretações, análises e conclusões aqui expostas.

Lembrando primeiramente que oficina no nosso bom português significa lugar onde se elabora, fabrica ou conserta algo, fomos tentando fazer valer esse significado no nosso trabalho coletivo. Quando nós discutimos oficina de supervisão, pensamos no ofício, e como tal, já de saída, podemos retificar nosso nome: supervisor na rede e não da rede. Somos mais um na rede.

A supervisão clínico-institucional não é um instrumento estático e acabado, cuja direção já está dada; porém, estando em intensa mutação, busca reinventar um saber sobre o necessário, mas problemático, laço entre a clínica e a política - que requer constante debate e uma escuta atenta por parte do supervisor.

21 - Psicóloga, psicanalista do Aleph – Escola de Psicanálise, Mestre e Doutoranda em Educação pela UFMG, supervisora clínica na rede de Saúde Mental do Município de Betim (CERSAMI), e na CLISAM em Belo Horizonte.

22 - Psiquiatra membro da Associação Mineira de Psiquiatra, psicanalista membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise do Campo Freudiano. Mestre em Psicologia pela UFMG, com ênfase em estudos clínicos em psicanálise. Supervisor clínico na rede de Saúde Mental dos Municípios de Brumadinho e de Belo Horizonte.

Trata-se na supervisão de um espaço cuja função essencial é possibilitar a palavra - o que nem sempre é fácil, pois a supervisão incide nos pontos em que o trabalho não anda ou nos pontos de dificuldades técnicas ou mesmo subjetivas de cada um.

Desta forma, é um dispositivo delicado que exige cuidados e uma escuta atenta para que não se transforme nem na garantia do técnico, tampouco na “mostração” das faltas e fracassos deste ou da instituição, por parte da equipe ou do próprio supervisor. Resvalar para “dar” o saber que falta é um risco sempre presente nesse trabalho - o que impõe criar sempre novas estratégias de direção desse dispositivo.

Constatamos que chega à supervisão uma infinidade de demandas: de um saber-fazer, de um aval, de prescrições técnicas ou de reconhecimento. Alguns técnicos querem “ver como se faz”. Neste sentido, são eles mesmos os supervisores.

Sabemos que as práticas de supervisão são muitas e nos seus meandros são possíveis muitas posições e respostas que flutuam de um discurso teórico a outro. Longe do domínio da técnica, de um saber-fazer, está em jogo na supervisão uma dimensão ética: a verdade do ato clínico enquanto algo que, por estrutura, coloca a questão de um não-saber, de uma incompletude quanto ao saber sobre o ato.

A supervisão não dá garantias. O sujeito não se garante de nenhum outro (Outro). No dizer de Lacan, “uma responsabilidade que a realidade impõe ao sujeito quando ele é praticante é a de assumir seus riscos”.

Mesmo que a supervisão tenha na instituição um caráter coletivo, ela se conta por um. É no um a um que se tece a possibilidade de que um clínico se invente, com seu estilo, com sua marca. Esse é um elemento estratégico, porque representa a tentativa de sair da indiferenciação que encontramos nas instituições.

No para todos, à supervisão cabe introduzir o um a um.

Sabemos que a clínica distingue-se com certa radicalidade da ordem institucional. Há algo na clínica que resiste que escapa à ordem prescrita pela instituição. Não raro, é isso que escapa que não se apazigua, que não se domestica, que não tem governo, que a instituição lê como seu próprio furo, um furo de seu saber, e tenta colmatar, quando não tamponar com medidas administrativas. Se de um lado esse fato é importante, posto que é a partir dos furos que a instituição se reinventa, é também, e ao mesmo tempo, seu lugar de risco, pois se ela não se reestruturar nas bordas desse furo, suportando-o,

dando-lhe suporte, ela o sutura, e o primeiro a sofrer com seus efeitos é o “sujeito” em questão.

É nesse lugar que talvez possamos situar o trabalho de supervisão. Ao supervisor cabe introduzir interrogantes, criar um vazio de respostas, manter um ponto de não-saber - lugar onde o sujeito em questão possa emergir como resposta ao real em jogo.

Há um risco de que, onde falha o saber da instituição, do projeto da equipe, o supervisor responda como aquele que sabe e não como o que interroga, suturando o único ponto em que o sujeito poderia advir e no qual o clínico poderia se inventar e calcular as estratégias de direção de um tratamento, assim como os dispositivos institucionais que lhe deem sustentação. Se a relação se sustentar no imaginário de que o supervisor vem trazer o saber que falta à equipe, e o supervisor, capturado nesse engodo, colocar-se na posição de mestria, fazendo “mostração” de saber ou tentando agenciar o projeto da equipe ou, ainda, apontando os furos do trabalho, a supervisão se transforma numa “superviseira”.

O supervisor, muito mais que produzir saber, pode contribuir na retificação do lugar lógico do clínico, a partir do ato de sua escuta. O que tem consequências sobre o projeto político.

“Que o supervisor se faça causa da junção-disjuntiva entre a elaboração do saber e a manutenção necessária da disciplina da ignorância” (Soller, 1992: 39).

Dito de outro modo, o supervisor precisa abster-se de ensinar, de operar com um saber, e oferecer esse espaço de palavra que, endereçada, de algum modo retorna ao falante ou permite que ele mesmo localize as questões. Devemos nos silenciar, levantar os saberes para que surja algo novo, um ensinamento de quem acolheu o caso ou o próprio caso que tocou a equipe. Devemos zelar pelo cotidiano desse fazer.

Bem, se não se opera na supervisão com um saber prévio, numa posição de “ensinante”, de que se trata então na supervisão?

Vamos trazer alguns elementos para irmos construindo uma resposta:

Trata-se de suspender as evidências: com o tempo e a experiência, numa primeira visada, já sabemos previamente, e o caso torna-se de tal modo evidente que nos obscurece, impede-nos de descobrir o que há de novo ali nas condutas, nos discursos, nos silêncios do paciente;

Trata-se de tornar estranho o que é familiar e tornar familiar o estranho: às vezes é necessário construir o estranho posto que a imersão no cotidiano pode nos ensurdecer justamente por sua familiaridade. Para que alguma coisa possa se tornar objeto de questionamento ou de compreensão, é preciso torná-la estranha para, então, retraduzi-la ao final: do familiar ao estranho, do estranho ao familiar.

Trata-se de não permitir que se faça uma leitura moral do sujeito ou da situação. Há casos em que a equipe embarca numa leitura moral do caso, fazendo obstáculo à escuta.

Trata-se de não permitir que o técnico se identifique com o paciente na posição de vítima. Vítima da família, do social, do próprio serviço, encarcerando-o numa posição da qual ele não pode sair.

Trata-se de fazer vigorar certo entusiasmo, pois o cotidiano, as falhas institucionais, as dificuldades do ofício fazem apagamento da alegria com o trabalho, do investimento com o caso clínico ou com os projetos políticos.

Trata-se de fazer vigorar a escuta ao paciente, possibilitar falar sobre o que se ouviu de seu paciente de modo que se produza um saber sobre o que ouviu, sobre como se interveio, sobre o que não se pôde fazer nas situações difíceis, sobre o que não se escutou, enfim, mesmo quando se tenta obstruir a escuta com as falhas institucionais.

O supervisor pode ser livre na estratégia e na tática, mas a política é a política do caso único, da singularidade e da surpresa do acontecimento em jogo, que surge a cada vez que nos encontramos. Encontramo-nos, os muitos trabalhadores decididos por sermos aprendizes da clínica.

A clínica que se constrói assim não suporta o regime autoritário, o domínio de uma opinião ou consenso ou aplicação do campo da ciência aliado ao Mercado. Aprendemos que, se o computador não erra, é aí, segundo Millôr Fernandes, em sua Bíblia do Caos, que ele erra mais, pois o humano deve se submeter à experiência e ao erro.

Importante, então, é que cuidemos para que a formação dos supervisores não seja submetida ao discurso universitário, ou seja, com exigências de formação e avaliação de currículo ao modo unicamente da universidade atual, a operacional, segundo Marilena Chauí. Digo que o professor, na universidade operacional, não se preocupa com a docência, com a presença, mas com os produtos na prateleira do saber, os pontos no diploma, os produtos livros-publicados. Não perde tempo com aluno atrasado.

A rede não é sem furos e nem supõe acordos tácitos, ela se esgarça, rompe, fura e dá nós, duros de roer, pode prender quando não se renova. O supervisor pode ser mais um que sai da regra institucional da burocracia vigente, do desânimo pela impotência de uma situação muito difícil; ele deve incitar ao ânimo, ao entusiasmo e mesmo adivinhar um ponto que quer fazer ruptura inaugural.

Os casos são estudados, construídos, apresentados, mas, sobretudo na política da clínica, são inclassificáveis, porque se deve tratar de sujeitos únicos. A supervisão é fundamental para estruturar os serviços que devem ter a clínica como norte e não a organização, mesmo que funcional.

Vale aqui a ideia de democracia radical em Badiou, fora da política da representação e do número de votos. O Um que se instala é de diferença que não faz casamento com o Mesmo.

Supervisão não deve então cair no marasmo, no costume e nem deve ser tão cândida. Tem o tom do conflito e da alegria. Por vezes, vamos nos solidarizar com e no fracasso.

Cuidar do caso na cidade, na intersectorialidade, e convocar os atores diversos a falarem o que têm a dizer. Aqui se trata de conceito difundido de clínica ampliada que não deve ser menos rigoroso que o de clínica em sua especificidade. Os casos são complexos, seja qual for a situação que esteja em jogo.

O encontro de cada supervisão deve ser vivo, “irrepetível” a cada vez. Isso nos entusiasma a continuar como aprendizes e abertos ao novo.

Alguns interrogantes e considerações:

Trazemos a seguir algumas questões, perguntas e considerações feitas pelos participantes da oficina e que trazemos como produto do trabalho.

Todo mundo deve fazer tudo (desespecializar): Essa posição foi importante em dado momento do projeto de Saúde Mental, para que houvesse um deslocamento da loucura e do louco, do saber e práticas psiquiátricas apenas, mas hoje já podemos interrogar - sem nos deixarmos iludir por qualquer cobiça de corporativismos: que efeitos isso tem trazido para o projeto clínico e para o projeto político de uma Equipe de Saúde Mental?

Se a supervisão, por se dar no coletivo, pode fracassar na função de construir uma direção de tratamento - pois as questões que atravessam uma direção não se reduzem às dicas técnicas ou à construção de dispositivos institucionais, posto

que coloca em relevo aquilo que do sujeito faz obstáculo ao lugar clínico - ela permite e requer:

- Desbastar leituras morais;
- Não consentir que o ponto onde o tratamento não anda seja obturado pelas falhas institucionais, mas fazer retornar ao clínico aquilo que é necessário escutar;
- Envolver todos os agentes de cuidado (do Serviço, de outras Secretarias, ONGs, enfim, os envolvidos com o caso) nas supervisões, realizando, em ato, “o laço” e mais especialmente a construção viva da rede de cuidados.
- Fazer prevalecer a escrita dos casos a serem apresentados. Roland Barthes diz que na e pela escrita, o escrevente pode fazer escoar sua prisão e sua solidão, sua dor e suas delícias. Freud, dizia nas suas cartas à Fliess: “preciso de certo mal-estar para escrever, do qual sou obrigado depois a me livrar”. Ele ousava repetir, assim mesmo, esse gesto. Revivenciando os rastros de uma experiência, certamente sabia que escrevê-la, era uma forma de tratá-la. Denominar algo é também separar-se dele. Por isso, produz seus efeitos.

“O supervisor pode ser alguém de dentro da equipe?”, pergunta uma participante. Discutiu-se que somente se ele conseguir estar fora, estando dentro, ou, usando um termo de Lacan, se ele puder estar numa relação de extimidade - íntima exterioridade em relação à equipe, ao serviço. Assim também precisa operar o que vem de fora. Na mesma lógica, pois pode vir de fora e se colocar de tal modo dentro, perto, integrante, que faz obstáculo à sua função.

Os supervisores trazem uma questão pouco discutida, quase silenciada ou encoberta pelo termo “capacitação”: o desamparo e angústia de muitos técnicos que se deparam com uma clínica essencialmente de casos graves. Desamparo e angústia que chegam à supervisão e ao supervisor cabe acolher. Muitos técnicos, muitos clínicos dos serviços de Saúde Mental não se tratam, não fazem sua análise ou psicoterapia, não passam pela experiência da palavra, do inconsciente e sofrem muito com o trabalho. A capacitação técnica que é fundamental, nesses casos, ou a formação, a supervisão, esbarram nesse ponto. Fica o alerta aos clínicos.

Uma das participantes pergunta como o supervisor trabalha para não permitir a identificação da equipe ou do clínico com o paciente no lugar de vítima. Discutiu-se que não se tem uma receita, prescrições, mas fazer vacilar essas posições, separando o clínico do discurso do paciente, solicitando que se

fale na terceira pessoa quando se relata o caso, introduzindo perguntas em que a certeza instaure-se - isso não pode escapar ao supervisor e pode trazer efeitos de des-identificação.

Uma das questões levantadas por uma participante que teve ressonâncias na experiência de muitos outros foi a facilidade com que se desiste “do caso”: muitas vezes pela impotência frente ao não-saber que a clínica comporta, ele é encaminhado. Discutiu-se que até podemos deixar o caso, mas o caso não nos deixa. A supervisão contribui para mudar a lógica do encaminhamento, na delicadeza de cada caso.

Muitas questões giraram em torno da formação em Saúde Mental e da formação do supervisor, que não pode ser acadêmica. O exercício da supervisão não é leigo, mas não se restringe à academia, há um saber de experiência a ser compartilhado, apurado, requintado. Faltam espaços de encontro entre supervisores.

O supervisor não é super. Mas é preciso cuidar para que os muitos envolvidos sejam ouvidos em sua diferença, com igualdade e equanimidade, em sua inventividade. Cuidar para que os efeitos devastadores e mesmo adormecedores do unísono não calem o que há de novo em soluções tão mínimas quanto importantes no encaminhamento do caso na rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BADIOU, Alain - **Conferências de Alain Badiou no Brasil** - Célio Garcia (org), Belo Horizonte. Autêntica, 1999. 134 p.

Carta aos Supervisores. **O Ofício da supervisão e sua importância para a rede de Saúde Mental**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério, Brasília, 2007.

FERNANDES, Millôr: Verbetes, Computador. in - **Millôr definitivo: a bíblia do caos**. Porto Alegre: L&PM, 1994.

LACAN, Jacques. **A direção do tratamento e os princípios de seu poder** - in Escritos; tradução de Vera Ribeiro - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. P. 596 [590].

TEIXEIRA, Antônio M. R. **Do Mesmo ao Outro sexo**. in A soberania do inútil e outros ensaios de psicanálise e cultura. / Antônio M. R. Teixeira. - São Paulo: Anablume, 2007.

ZENONI, Alfredo. Abrecampos. **Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**. Ano 1. No. 0. Belo Horizonte. Instituto Raul Soares/FHEMIG e Unicentro Newton Paiva, 2000.

EDUCAÇÃO PERMANENTE DE GESTORES: ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Thiago Horta²³
Lourdes Machado²⁴

A oficina intitulada *Educação permanente dos gestores: organização da rede de atenção à Saúde Mental*, atividade inserida na programação do Seminário Nacional *Saúde Mental: os desafios da formação*, realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), teve como objetivo possibilitar a compreensão dos fundamentos que alicerçam as redes de atenção à Saúde Mental.

Entretanto, a oficina não se propôs a esgotar tal assunto, já que sua complexidade não caberia em poucas horas de trabalho; tampouco a oficina se propôs a avançar no desenvolvimento de competências para a gestão em Saúde Mental, mas sim a sensibilizar os gestores e gerentes participantes na compreensão de novos conhecimentos sobre os fundamentos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental.

Inicialmente, cabe destacar ao leitor a concepção aqui empregada sobre as redes de atenção à Saúde que sustenta os objetivos propostos pela referida oficina, mesmo que de maneira sumarizada. A preocupação com as doenças crônicas, consequência de um movimento de ordem mundial, fruto de fatores diversos como o envelhecimento da população, o aumento do consumo abusivo de álcool e outras drogas, as endemias ocorridas nos países em desenvolvimento, assim como o aumento exponencial dos gastos com o setor Saúde, desenham um quadro periclitante, em que a reestruturação da organização dos serviços em Saúde torna-se premente, a fim de garantir um novo modelo de cuidado.

23 - Superintendente de Educação da ESP-MG

24 - Membro do Grupo de Produção Temática em Saúde Mental

Tal modelo propõe afirmar a garantia da promoção e efetivação do cuidado em Saúde Mental da população como um compromisso inequívoco dos gestores e profissionais de Saúde. A política nacional de Saúde Mental determina que os casos graves devam ser priorizados pelas ações assistenciais, tendo em vista o alto impacto social e pessoal dos transtornos mentais, seja pela severidade e consequências de seus sintomas, seja pela segregação que sofrem seus portadores.

Pela complexidade das ações para promoção e efetivação do cuidado, o trabalho isolado das equipes especializadas não atinge a resolubilidade necessária. Para alcançar o desenvolvimento e a implantação de um modelo assistencial em rede, faz-se fundamental a articulação entre os serviços e dispositivos e entre estes e a comunidade.

Portanto, o recorte conceitual para sustentar os objetivos da oficina à luz do cenário aqui apresentado, assim como os fundamentos da organização da rede de atenção à Saúde, baseia-se na produção de Mendes, que destaca a incoerência entre a situação de Saúde caracterizada pela dupla carga de doenças, com predominância relativa das condições crônicas, e o sistema de atenção à Saúde voltado para as condições agudas.

Como resposta a esse cenário, e como alternativa de superação da crise do sistema de atenção à Saúde²⁵ fragmentado, busca-se avançar na construção de redes de atenção à Saúde, possibilitando, portanto, a implantação de sistema integrado voltado para condições agudas e também crônicas. (Mendes, 2009)

Nesta perspectiva, a organização da rede de atenção à Saúde Mental é de fundamental importância, dentro dos princípios de humanização, equidade e integralidade, para a promoção, proteção e recuperação da Saúde dos cidadãos, ao mesmo tempo em que busca responder de forma efetiva às demandas relacionadas aos transtornos mentais. Desta forma, a oficina buscou incutir nos gestores participantes uma reflexão crítica de suas práticas, visando prover, no âmbito da Saúde Mental, respostas mais efetivas à população, para que possam realizar as mudanças tão necessárias ao modelo de atenção à Saúde Mental e à gestão do sistema de Saúde.

É preciso mudar o paradigma de um modelo fragmentado para que se possa

25 - As redes de atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de Saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população (Mendes, 2009).

organizar a rede de atenção, com vistas à promoção da Saúde, à viabilização do acesso com equidade, à integralidade do cuidado e ao estabelecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de Saúde, de forma a impactar sobre os indicadores epidemiológicos, o que é de fundamental importância para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Por não se tratar de tarefa fácil, a operacionalização de tal mudança exige que profissionais e gestores dos serviços de Saúde tenham acesso a novos conhecimentos e aos fundamentos das redes de atenção à Saúde. Baseados nessa premissa, a oficina fundamenta-se no desenvolvimento de um conjunto de atividades visando à reflexão sobre o contexto de trabalho, de forma que possa resultar em estratégias de mudanças positivas para o cotidiano do sistema de Saúde, traduzidas por uma atenção humanizada, com qualidade e resolubilidade, para os usuários dos serviços de Saúde Mental.

Foi proposto aos participantes que fizessem o desenho da rede de atenção à Saúde Mental, comparando a rede ideal e a situação real. Para tanto, alguns objetivos deveriam ser alcançados: conhecimento dos fundamentos que norteiam a construção das redes de atenção à Saúde; a modelagem dos pontos de atenção à Saúde nos níveis primário, secundário e terciário necessários para viabilizar a integralidade da rede de atenção à Saúde Mental; a modelagem dos sistemas de apoio - assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação, entre outros - para dar suporte e resolubilidade às redes de atenção à Saúde; a modelagem dos sistemas logísticos - centrais de agendamento, transporte sanitário, cartão de identificação do cidadão, prontuário eletrônico, sistemas informatizados, entre outros - para garantir a integração e a comunicação dos diversos pontos de atenção e demais sistemas na rede de atenção à Saúde Mental, conforme demonstrado na matriz.

ESTRUTURA GERAL DA OFICINA		
PRODUTO	ATIVIDADES	OBJETIVOS
	A1: Apresentação	1: Conhecer os participantes e suas expectativas. Apresentar a proposta de trabalho;
P1: O desenho da rede de atenção à Saúde Mental	A2: Modelagem das redes de atenção à Saúde Mental	2: Conhecer os fundamentos que norteiam a construção das redes de atenção à Saúde;
		3: Realizar a modelagem dos pontos de atenção à Saúde nos níveis primário, secundário e terciário necessários para viabilizar a integralidade da rede de atenção à Saúde mental;
		4: Realizar a modelagem dos sistemas de apoio e logístico;
	A3: Comparar a rede ideal e a situação real	5: Refletir e comparar a rede ideal e a situação real das redes de atenção à Saúde Mental;
	A4: Encerramento e avaliação	Avaliação da oficina pelos participantes e planejamento para o período de dispersão.

Foi utilizada na condução da oficina a metodologia de estímulo à aprendizagem colaborativa e reflexiva. Na aprendizagem colaborativa, os participantes têm a oportunidade de construir o conhecimento de forma compartilhada. Na aprendizagem reflexiva, o processo ensino-aprendizagem se dá através da

reflexão sobre a experiência dos participantes. Portanto, várias estratégias educacionais foram utilizadas: exposições dialogadas, estudo dirigido, atividades de grupo, entre outras.

A oficina buscou, também, sustentar um caráter teórico-prático. Para tal, foi dividida em dois momentos. O primeiro momento de concentração caracterizava-se pela oficina propriamente dita com a utilização de fundamentação teórica e instrumentalização para prática em serviço. O segundo momento foi a dispersão para a utilização e aplicação dos fundamentos e dos instrumentos apresentados e discutidos no período da oficina (concentração).

Como resultado do desenvolvimento da oficina, em seu conjunto de atividades, foram descritos pelo grupo, utilizando o roteiro proposto, os pontos de atenção necessários para a conformação das Redes de Atenção à Saúde Mental: o sistema logístico e o sistema de apoio das redes. Após a atividade descritiva, o relator apresentou as conclusões do grupo no tocante aos pontos de atenção, ao sistema de apoio e logístico, descrevendo as competências relativas a cada ponto, assim como determinando a delimitação do território sanitário de cada um dos pontos de atenção da rede.

No desenvolvimento do segundo período da oficina, foi apresentado o roteiro para a dispersão, utilizando os instrumentos apresentados e discutidos no momento da oficina (concentração). O planejamento desse momento versava o repasse do conteúdo da oficina para os setores competentes, buscando o envolvimento dos representantes de cada um dos pontos de atenção relacionados à Saúde Mental do município de vinculação do participante.

Ato contínuo, foi solicitado aos participantes que buscassem desenhar a rede de atenção à Saúde Mental de seu município, definindo os pontos de atenção, os sistemas de apoio e sistemas logísticos, assim como comparar a rede ideal com a situação real existente no município, refletindo sobre as propostas de solução, atores responsáveis e possíveis entraves, em conformidade com o instrumento apresentado e trabalhado na oficina.

O encerramento da oficina deu-se com a solicitação dos facilitadores para que o produto desenvolvido no momento de dispersão fosse apresentado ao Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da ESP-MG. Estiveram presentes na Oficina gestores de Saúde Mental de municípios das regiões sul, centro e norte do Estado, e, durante a apresentação, os coordenadores aproveitaram para conhecer a trajetória do grupo e suas expectativas quanto à oficina.

Como enunciado anteriormente, a oficina não propunha esgotar a

complexidade do temário, porém logrou êxito quanto aos seus objetivos, em especial no que toca à sensibilização e reflexão das práticas dos gestores e profissionais de Saúde participantes da oficina. Tal êxito se expressa na elaboração, organização e desenvolvimento sistematizados na coerência técnico-pedagógica em conceber um itinerário à luz dos princípios andragógicos. Como método, foi empregado o modelo do currículo por competências, em que a situação didática e as estratégias de aprendizagem se traduzem na intencionalidade direta ao objetivo proposto pela oficina. Esta, por sua vez, foi consubstanciada em referências atuais e usuais nas políticas públicas de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CONASS. **Oficinas sobre redes de atenção à Saúde**. Brasília, 2006.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Guia de estudo da oficina 1 do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde - Redes de Atenção à Saúde**. Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, 2008.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Guia de estudo da oficina II. Redes de Atenção à Saúde Mental no município de Uberlândia** - Belo Horizonte, 2008.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde** - Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

Eixo temático

AVANÇANDO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A universidade e seus produtos: ousando avançar em Saúde Mental

Maria Stella Goulart

Publicações em Saúde Mental

Fuad Kyrillos Neto

Cursos de especialização e residências multiprofissionais em Saúde Mental

Jairo de Almeida Gama

Elisa Zanerato

Pesquisar em Saúde Mental: Reflexões

Aline Aguiar Mendes Vilela

Marcelo Arinos Drummond Junior

A UNIVERSIDADE E SEUS PRODUTOS: OUSANDO AVANÇAR EM SAÚDE MENTAL

Maria Stella Brandão Goulart²⁶

A oficina *Monografias, dissertações e teses*, realizada no dia 29 de maio de 2009, no Seminário Nacional Saúde Mental: desafios da formação, teve como tema a produção universitária acerca do campo da Saúde Mental e questões relacionadas à área. Foi coordenada por duas psicólogas e professoras universitárias²⁷ e contou com cerca de vinte participantes, dentre estudantes e/ou profissionais da área de Saúde Mental, dentre eles enfermeiros, psicólogos, professores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psiquiatras.

Seu desenvolvimento se desdobrou em três momentos: nos dois primeiros cada uma das professoras teve oportunidade de desenvolver reflexões sobre suas experiências na docência, alternando assim a coordenação. Posteriormente, houve uma ampla discussão com os participantes que chegaram a esboçar algumas propostas.

No primeiro momento, houve uma apresentação que contemplou, sobretudo, a discussão sobre a universidade como sede de espaço de produção de cultura formal e profissional. Procurou-se conceituar, caracterizar e problematizar esta instituição, onde se explorou a definição de senso comum e a perspectiva crítica desenvolvida por Boaventura de Souza Santos. Assim, a universidade foi abordada desde sua perspectiva descritiva, como um “conjunto de faculdades ou escolas para a especialização profissional e científica” (Ferreira, 1977) e que se apóia no tripé:

- Ensino – currículos, disciplinas (obrigatórias e optativas, atividades, etc.);

26 - Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

27 - A autora foi responsável pela primeira parte da oficina, e Rosângela Silveira (Universidade Estadual de Montes Claros), responsável pela segunda parte. Contamos com a colaboração da estudante Mariana Maroca de Castro no registro da dinâmica da oficina.

- Extensão – projetos e programas, eventos, etc.;
- Pesquisa – projetos financiados e respaldados institucionalmente, artigos em revistas especializadas, monografias, dissertações, teses etc.

Desta forma identificou-se o escopo da discussão proposta pela oficina, que se indagava criticamente a produção universitária referente a:

– Monografias de conclusão de cursos de graduação e especializações, que desafiam os estudantes e profissionais para o desenvolvimento de temas delimitados e estruturados;

– Dissertações de mestrado, que focam a formação de professores através do compromisso com a realização de pesquisa orientada e científica; além do cuidado na comunicação de resultados de pesquisa e no comprometimento com pautas compartilhadas de estudo; e

– Teses de doutorado e pós-doutorado, que se comprometem com a inovação de conhecimento, a formação efetiva de pesquisadores de qualidade e proposição de pauta de investigação para a sociedade e comunidade científica.

Foi destacado que as ênfases no tripé variam de instituição para instituição. As monografias, dissertações e teses são produtos que envolvem custos elevados, esforços complexos e tempo. Fundamentalmente, dependem de vontade política.

Ao delimitar este conjunto de produtos universitários, remeteu-se aos atores que se comprometem na sua construção. Afinal, quem participa da vida universitária? Ela envolve professores, pesquisadores, funcionários, estudantes, colaboradores e a comunidade científica e sociedade, como um todo, em múltiplas formas de intercâmbio e também de conflito. Não há porque imaginar uma comunidade homogênea, sem contradições em suas diversas relações, que mudam ao longo da história. Idealmente, os objetivos da universidade deveriam ser a investigação, vinculada ao compromisso com a verdade; a oferta e transmissão de cultura ao homem; e o ensino das profissões. Mas estes objetivos não se realizam idealmente, e sim em cenários concretos.

Algumas contradições foram apontadas, em especial (Santos, 2003):

1. Entre os “conhecimentos exemplares” e os “funcionais”, ou seja, entre a produção de alta cultura, requerida pelas elites, e de conhecimentos “médios” e aplicáveis aos desafios de transformação e reprodução social.
2. Entre a “hierarquização” dos saberes especializados (de acesso restrito) e a “democratização” de oportunidades associada ao credenciamento de competências.
3. Entre a autonomia institucional e a pressão por eficácia e produtividade.

O tema da Saúde Mental colocar-se-ia justamente neste ambiente de tensões, apontando para a necessidade de aplicabilidade do conhecimento nas situações de grande complexidade do cotidiano assistencial e suas urgências, à adequação do perfil do profissional a ser formado e às possibilidades de incorporação das pautas que se originam no cotidiano dos serviços.

Estaria a universidade, no que concerne aos produtos focados na oficina, se eximindo de avançar rumo à produção de conhecimento crítico e sintonizado com as demandas em Saúde Mental? Foi então apresentada uma listagem de teses de doutorado e dissertações de mestrado (46 trabalhos), elaborada a partir de consulta a cerca do tema da “Saúde mental” nas bibliotecas da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (anexo). Destacou-se a existência de um descompasso entre a produção de pesquisas acadêmicas em Saúde Mental relacionadas com as principais temáticas do campo e a devida divulgação e aplicação efetiva das contribuições destes trabalhos na atuação prática. Por fim, foram pontuadas questões, propostas e desafios no campo da Saúde Mental.

No segundo momento da oficina, enfatizou-se a discussão sobre o suposto desencontro entre a produção acadêmica e o campo da Saúde Mental, decorrente, principalmente, da escassa inserção dos profissionais dessa área nas universidades. Também foram levantados pontos relacionados ao ingresso dos pesquisadores de Saúde mental em áreas menos afins e às repercussões desse fato. Foi discutido texto de autoria da coordenadora responsável (Rosângela Silveira) intitulado “Saúde Mental e pós- graduação: encontros e desencontros”, abaixo reproduzido:

O esforço de pensar a conjugação entre a Saúde mental e pós-graduação traz a tona uma tensão que remete ao mal-estar instalado entre estes dois campos. De um lado, a racionalidade científica e suas medidas, de outro lado, a produção de vários saberes e a invenção.

Como reflexo desta tensão, ao se fazer uma breve retrospectiva histórica das produções acadêmicas na área de Saúde mental, é possível identificar, sob meu ponto de vista, alguns caminhos trilhados.

No meio de Não-lugar um primeiro momento marcado pela ausência de interlocução com a academia fechada em seu discurso de verdade que não dialoga com o que ultrapassa os limites das disciplinas constituídas e reconhecidas. A universidade, lócus privilegiado de debates e pesquisas,

apresenta-se sempre desconfiada diante do “novo”.

Em um segundo tempo, verifica-se um movimento de hospitalidade de alguns programas de pós-graduação em acolherem as inquietações, por parte de alguns, produzidas a partir da prática. Há uma produção acadêmica em Saúde Mental no campo medicina, da psicologia, da enfermagem, da sociologia, da política, da literatura, da filosofia e da arte. Nomeio de “Torções” ao esforço de sistematização do conhecimento oriundo da prática em articulação com os programas constituídos.

O terceiro tempo é marcado pelo surgimento de cursos *latu sensu* de Saúde Mental com uma acentuada produção de trabalhos monográficos. São revisitados conceitos, são descritas experiências, são analisados serviços, são interrogados os limites dos saberes.

Posteriormente, são criadas linhas de pesquisa em doutorados e mestrados que interpelam a Saúde Mental em sua interface com campos de conhecimento já instituídos. Estes programas têm acolhido pessoas oriundas de múltiplas inserções e funções na área de Saúde mental.

Atualmente, penso que há uma diversidade de situações. Embora Saúde Mental enquanto um campo de práticas já esteja se consolidando, as investigações acadêmicas nesta área ainda são tímidas face ao volume de produções nas áreas tradicionais das disciplinas que compõem o seu campo.

Certa tensão se verifica e deverá se perpetuar. Se, por um lado, há resistência para entrada da Saúde mental para a academia, por outro lado, há a abertura ao diálogo. Estes movimentos presentes na atualidade convidam a pensar sempre que o encontro entre o campo da Saúde mental e a academia é um encontro marcadamente político.

E enquanto político deverá ser capaz de criar mecanismos de inserção e consolidação como campo de pesquisas e produção de conhecimentos.

O terceiro momento, de conclusão da oficina, foi de debate aberto acerca dos posicionamentos apresentados pelas coordenadoras durante a oficina e de outros temas significativos para os participantes e relacionados com Saúde Mental. Nesse sentido, foram discutidos diversos pontos, onde destaca-se:

- A importância e urgência de maior diálogo entre a produção acadêmica e a referente aos serviços públicos de Saúde e Saúde Mental.
- A necessidade de se mapear e avaliar adequada e criticamente a produção de monografias, dissertações e teses sobre o campo da Saúde Mental nas universidades.
- Questões históricas e políticas relacionadas ao papel da universidade na construção da cultura crítica e na mudança social.
- A carência de profissionais de Saúde Mental, como psicólogos e assistentes sociais, na área da educação superior.
- A política editorial da Capes de avaliação das revistas e dos programas, que privilegia certos formatos de produção e divulgação, em detrimento de outros, prejudicando e enviesando a divulgação do conhecimento local e situado.

O debate se concluiu com a possibilidade de delineamento de propostas e sugestões que visassem ao enriquecimento do campo de Saúde mental, como as abaixo listadas:

- Criação de disciplinas multi-profissionais nas Universidades públicas e privadas.
- Ampliação da oferta de estágios na rede de Atenção Psicossocial.
- Realização de encontros de Saúde Mental com uma maior frequência e uma discussão mais centrada nas práticas e no desenrolar dos serviços.
- Possibilidade de discussão das questões relacionadas á construção dos projetos político-pedagógicos e a articulação desses com a pesquisa na área de Saúde Mental, sob uma perspectiva multidisciplinar.
- Estabelecimento de programas ampliados (interinstitucionais, intersetoriais) de pesquisa “em serviço”, pesquisa-ação, pesquisa participante, as quais podem ser utilizadas como estratégias de educação continuada e permanente.
- Promoção de debates entre profissionais das universidades e os profissionais dos serviços, confrontando as posições.
- Promoção e estímulo à criação de mais espaços para a discussão e apresentação dos trabalhos que estão sendo desenvolvidos nos diferentes municípios do país.

Referências bibliográficas:

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. RJ: Editora Nova Fronteira, 1977.

SANTOS, B. S. (2003). **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez.

SEVERINO, A. J. (2002). **Metodologia do trabalho científico**. SP: Cortez.

Anexo:

Levantamento preliminar de teses e dissertações da Faculdade de Medicina e FAFICH relacionadas com Saúde Mental. (Maria Stella Brandão Goulart; Mariana Maroca de Castro, 2009)

Palavras-chave utilizadas na busca: Saúde mental, CERSAM, hospital psiquiátrico.

TESES

1. De profissionais a militantes [manuscrito]: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70 / 2004 . GOULART, MARIA STELLA BRANDÃO; AVRITZER, LEONARDO; UFMG.

2. **Desinstitucionalização do doente mental [manuscrito]: expectativas da família / 1997 - Teses** - SADIGURSKY, DORA; VIETTA, EDNA PACIÊNCIA; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

3. **Mundo do hospital psiquiátrico sob a perspectiva do doente que o habita [manuscrito] , O / 1991 - Teses** - SCATENA, MARIA CECILIA MORAIS; BOEMER, MAGALI R. (MAGALI ROSEIRA); ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO; USP.

4. Política de Saúde mental [manuscrito]: um estudo de caso , A / 1985 - CERQUEIRA, SÔNIA MARQUES; UFMG.

5. Políticas e práticas de cuidados em Saúde mental: experiências e modelos em discussão. PASSOS, IZABEL FRICHE; AMARANTE, PAULO. PUC/SÃO PAULO

6. **Qualidade de vida na esquizofrenia [manuscrito] : fatores associados / 2005 - Teses** - CARDOSO, Clareci Silva; CAIAFFA, Waleska Teixeira; BANDEIRA,

Marina; FONSECA, José Otávio Penido; UFMG.

7. Reforma psiquiátrica e as associações de familiares [manuscrito]: unidade e oposição, A / 2002 - Teses - VIANNA, PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA; BARROS, SONIA; USP.

8. Relações interpessoais enfermeiro-paciente [manuscrito]: análise e prática com vistas à humanização da assistência em Saúde mental / 1993 - Teses - RODRIGUES, ANTONIA REGINA FUREGATO; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

9. The new alienists of the poor: developing community mental health services in Brazil – 1978/1989 / 1992 - VASCONCELOS, EDUARDO MOURÃO; RAMON, SULAMIT London School of Economics and Political Science

10. Uso do trabalho como recurso terapêutico: “novas” possibilidades no atendimento em serviços de Saúde mental / 2003 - BRESCIA, MARCOS FLÁVIO QUEIROZ; LIMA, MARIA ELIZABETH ANTUNES; UFMG

DISSERTAÇÕES

1. Análise das consequências para a Saúde da interrupção prematura do acompanhamento de usuários cadastrados no CERSAM Betim Central, 1997 a 2000 [manuscrito] / 2001 - Dissertações - COSTA, MARK NAPOLI; GUIMARÃES, MARK DREW CROSLAND; UFMG.

2. Atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal [manuscrito]: análise de uma experiência de grupo” , “A / 1992 - Dissertações -SILVA, GRACIETTE BORGES DA; USP.

3. Cersam [manuscrito]: um novo paradigma na assistência em Saúde mental? / 2001 - Dissertações - ZENHA, Ronaldo de Oliveira; STRALEN, Cornelis Johannes van; UFMG.

4. CERSAM na voz dos usuários [manuscrito]: um estudo sobre a qualidade dos serviços públicos de Saúde mental em Belo Horizonte , O / 2005 - Dissertações -REIS, JULIANA DO CARMO; STRALEN, CORNELIS JOHANNES VAN; UFMG.

5. Circuitos e motivos para primeira internação em hospital psiquiátrico [manuscrito] / 1983 - Dissertações - SPRICCIGO, JONAS SALOMÃO; SOUZA, MARIA DE LOURDES DE; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

6. Desigualdades em Saúde no Brasil [manuscrito] : análise comparada do

acesso aos serviços de Saúde entre 1998 e 2003 / 2008 - Teses - FAHEL, Murilo Cássio Xavier; NEVES, Jorge Alexandre Barbosa; UFMG .

7. Diretrizes para a Saúde mental [manuscrito]: estudo de sua aplicação em um ambulatório de um município paulista / 1991 - Dissertações - BERTONCELLO, NEIDE MARINA FEIJÓ; SILVA, GRACIETTE BORGES DA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

8. Estratégias de segregação na infância e adolescência [manuscrito]: problemas e impasses do encaminhamento para tratamento em instituições de Saúde mental / 1998 - Dissertações - AKERMAN, Jacques; SANTIAGO, Jésus; UFMG

9. Estudo da assistência de enfermagem psiquiátrica prestada ao doente mental internado em instituição governamental do Rio Grande do Norte [manuscrito] , “ / 1982 - Dissertações - SCATENA, MARIA CECILIA MORAIS; FERREIRA-SANTOS, CÉLIA ALMEIDA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

10. Estudo da influência das leis de proteção ao doente mental sobre a assistência psiquiátrica [manuscrito] / 1980 - Dissertações - CORREA, JOSEL MACHADO; MINZONI, MARIA APARECIDA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

11. Estudo das formas de preservação do espaço pessoal e da identidade em pacientes crônicos internados em um hospital psiquiátrico de grande porte [manuscrito] / 1980 - Dissertações - TASQUETI, CLARICE; MINZONI, MARIA APARECIDA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

12. Falar da vida [manuscrito]: os sentidos atribuídos pelos usuários da Saúde mental ao seu cotidiano / 2003 - Dissertações - DAHI, Samira; STRALEN, Cornelis Johannes van; UFMG.

13. Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM PAMPULHA), em Belo Horizonte (MG), 1997-1998 [manuscrito] / 2000 - Dissertações - MELO, ANA PAULA SOUTO; GUIMARÃES, MARK DREW CROSLAND; UFMG

14. Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos ou “se também o coração, ele incha!” / 1992 - Dissertações - LOPES, MARIA ELISABETE ESTEVES FRANCISCO; MANZOLLI, MARIA CECÍLIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

15. Hospital psiquiatrico publico no Brasil [manuscrito]: a sobrevivencia do

asilo e outros destinos possíveis / 1988 - Dissertações - SAMPAIO, JOSE JACKSON COELHO; BIRMAN, JOEL; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

16. Louco é quem me diz [manuscrito]: a psicanálise e a subversão do conceito de doença mental / 2007 - Dissertações - Acervo 443670 SILVA, MAGALI MILENE; FRANÇA NETO, OSWALDO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

17. Modelos de reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil [manuscrito]: convergências e tensões na construção de um novo paradigma em Saúde mental / 2001 - Dissertações -SILVA, Eliane Maria de Sena; STRALEN, Cornelis Johannes van; UFMG.

18. **Mulher que cuida do doente mental em família [manuscrito] , A / 1999 - Dissertações** -GONÇALVES, ALDA MARTINS; CHOMPRÉ, ROSENI ROSÂNGELA; UFMG

19. **Novos movimentos sociais - organização política dos usuários em Saúde mental rompendo preconceitos e expandindo a vida [manuscrito] : outros segmentos da sociedade civil organizada , Os / 2002. - Dissertações** - SOUZA, MARTA ELIZABETH DE; MIRANDA, PAULO SÉRGIO CARNEIRO DE; UFMG

20. **O significado do “ser enfermeiro” em ambulatório de Saúde mental [manuscrito] / 1994 - Dissertações** - COLVERO, LUCIANA DE ALMEIDA; TEIXEIRA, MARINA BORGES; USP.

21. **Oficinas em Saúde mental [manuscrito] : a experiência de Belo Horizonte : o objeto como regulador ético entre subjetividade e cidadania no tratamento da psicose / 2000 - Dissertações** - GUERRA, ANDRÉA MÁRIS CAMPOS; PINTO, JEFERSON MACHADO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

22. **Organização do trabalho em Saúde mental em um serviço ambulatorial público de Saúde [manuscrito] / 1993 - Dissertações** - MIRON, VÉRA LÚCIA; SILVA, GRACIETTE BORGES DA; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

23. Os ambulatórios de Saúde mental em questão / 1992 – Dissertação – GOULART, MARIA STELLA B. GOULART; SOMARRIBA, M. UFMG.

24. **Política de Saúde mental [manuscrito]: um estudo de caso , A / 1985 - Teses** - CERQUEIRA, SÔNIA MARQUES; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

25. **Profissionais de Saúde e as possibilidades de reinserção social do doente mental [manuscrito] : uma abordagem institucionalista , Os / 1997 - Dissertações** - VIANNA, PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA; FREITAS, MARIA

IMACULADA DE FÁTIMA; UFMG.

26. Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento [manuscrito] / 2008 - Dissertações - SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva; UFMG.

27. Reabilitação psicossocial [manuscrito]: um estudo do caso sobre as opiniões dos profissionais de Saúde mental / 1999 - Dissertações - SOI, ELAINE APARECIDA; LUÍS, MARGARITA ANTÔNIA VILLAR; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

28. Representações sociais e cotidiano [manuscrito]: um estudo exploratório sobre as queixas dos usuários e usuárias em um serviço de Saúde mental / 2005 - Dissertações - SAMPAIO, ATAUALPA MACIEL; AZERÊDO, SANDRA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

29. Saúde e doença mental [manuscrito]: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais / 1999 - Dissertações - OSINAGA, VERA LÚCIA MENDIONDO; RODRIGUES, ANTONIA REGINA FUREGATO; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

30. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de Saúde de Belo Horizonte-MG / 2006 - Dissertações - OLIVEIRA, GRAZIELLA LAGE; CHERCHIGLIA, MARIANGELA LEAL; CAIAFFA, WALESKA TEIXEIRA; UFMG Serviço substitutivo e o hospital psiquiátrico - as estratégias na luta em Saúde mental [manuscrito] : um estudo de caso em Divinópolis/MG , O - Dissertações. PRAZERES, PAULO SERGIO; MIRANDA, PAULO SÉRGIO CARNEIRO DE; UFMG.

31. Só quem sabe da doença dele é Deus” [manuscrito]: o significado da doença mental no contexto cultural , “ / 2001 - Dissertações - RODRIGUES, LEINER RESENDE; CASAGRANDE, LISETTE DINIZ RIBAS; ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO.

32. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos [manuscrito]: fatores associados / 2006 - Dissertações - BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina de Bittencourt; NASCIMENTO, Elizabeth do; UFMG.

33. Travessia do hospício para a residência terapêutica [manuscrito] : a conquista de um porto seguro? , A / 2004 - Dissertações - RESGALLA, ROSANA MARIA; FREITAS, MARIA ÉDILA ABREU; UFMG.

34. Uso do trabalho como recurso terapêutico [manuscrito]: “novas” possibilidades no atendimento em serviços de Saúde mental , O / 2003 - Teses

- BRESCIA, MARCOS FLÁVIO QUEIROZ; LIMA, MARIA ELIZABETH ANTUNES;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

35. Utopia do “novo profissional” nas equipes multiprofissionais dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) de Belo Horizonte [manuscrito] ,
A / 2002 - Dissertações -PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras; STRALEN, Cornelis
Johannes van; BARBOSA, Maria Lígia de Oliveira; UFMG

PUBLICAÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Fuad Kyrillos Neto²⁸

Nessa oficina abordamos a temática da importância das publicações para os profissionais que atuam na área da Saúde Mental. Constatamos que esses profissionais, apesar de terem uma prática bastante rica e criativa, se mantêm afastados das publicações. Dessa forma elencou-se o valor das publicações quais sejam:

- Visibilidade e reconhecimento para os serviços e profissionais;
- Divulgação do conhecimento científico entre os pesquisadores da área;
- Apresentação da produção intelectual dos serviços de Saúde Mental;
- Apresentação de tendências das pesquisas nacionais em diversas áreas.

Os profissionais, por sua vez, se beneficiam com o enriquecimento de currículo proporcionado pela presença de publicações, com a demonstração de erudição em determinado assunto e com o exercício de discussão e apresentação de idéias nos moldes científicos. Tal fato certamente trará subsídios para a condução do tratamento dos usuários.

As revistas científicas aceitam artigos de profissionais, alunos e pesquisadores. Recomendamos o envio do material para publicações que estejam indexadas no qualis da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES**. Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero. A classificação do qualis está disponível no sítio da CAPES (<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/>) e é fonte de informação para as diferentes

28 - Doutor em Psicologia Social pela PUC/SP. Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais. Conselheiro do XII plenário do CRP-MG. fuadneto@uol.com.br

áreas do conhecimento. Antes de enviar o artigo, o autor deve consultar a linha editorial do periódico e verificar se o conteúdo de seu artigo é compatível com a linha adotada pela revista. Lembramos, ainda, que um periódico deve ter um conselho editorial ou conselho científico que esteja efetivamente em funcionamento, editor responsável e em sua capa deve constar o número do ISSN - Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas (International Standard Serial Number). O ISSN é o identificador aceito internacionalmente para individualizar o título de uma publicação seriada, tornando-o único e definitivo.

Preferencialmente deve-se publicar em periódicos indexados pois a presença em bases indexadas garante a visibilidade e fornece opções para o pesquisador obter cópia do documento para sua pesquisa. Lembramos que existem bases de indexadores com acesso on line gratuito que disponibilizam textos científicos de forma integral. Lembramos que os periódicos indexados permitem uma interação entre os autores e o periódico no qual a sua produção foi veiculada, pois os autores são prestigiados pela ampla disseminação de seus trabalhos científicos, e em contrapartida, também os periódicos são elevados à categoria de publicações com padrões de qualidade reconhecidas, através da relevância dos artigos publicados.

De posse dessas informações, acreditamos ter aproximado os trabalhadores de Saúde Mental das diversas possibilidades de publicação. Dessa forma estamos contribuindo para a divulgação e o avanço científico do trabalho de acolhimento, tratamento e reinserção social dos portadores de sofrimento mental.

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

Jairo de Almeida Gama²⁹

Elisa Zanerato³⁰

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história longa de discussões, propostas e experiências bem sucedidas na transformação de uma assistência centrada no hospital psiquiátrico especializado, para uma ampla rede descentralizada de tratamento, acompanhamento, reabilitação psicossocial e promoção da cidadania de portadores de sofrimentos psíquicos graves. Foram colocados em funcionamento uma gama de serviços alternativos ao manicômio, que vêm alterando radicalmente a forma de lidar com a loucura, onde tratar implica cuidar sem excluir e estigmatizar. Pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica brasileira avançou muito nos últimos anos, com o crescimento acentuado do número de novos serviços. Embora esse fato deva ser comemorado pelos trabalhadores do campo reformista e pelo Estado, ainda existem lacunas significativas.

É possível constatar que a formação dos profissionais que trabalham nos novos serviços muitas vezes necessita ser aprimorada, não raro requerendo uma revisão total das crenças, princípios e sustentação teórica no que se refere à organização de suas práticas. As universidades ainda não estão satisfatoriamente integradas nesse processo transformador, e seus cursos e disciplinas muitas vezes não preparam os alunos para o tipo de cuidado que a rede, que vai sendo estruturada no país, promove e busca expandir. À universidade caberia incorporar em seu campo de saberes, de pesquisa e de práticas de ensino as

29 - Professor do Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Federal de Juiz de Fora

30 - Membro do Conselho Federal de Psicologia

novas referências e concepções acerca da Saúde Mental, dos dispositivos de cuidado e da prática profissional gestadas nesse processo. Uma nova formação precisa ter lugar na estrutura universitária para que a reforma assistencial alcance seus objetivos.

Parte desse desafio se coloca hoje especialmente para os cursos de pós-graduação, em suas diferentes modalidades. Programas de especialização e de residência profissional e/ou multiprofissional em Saúde Mental representam um importante campo de formação para os avanços necessários à Reforma Psiquiátrica brasileira - seja porque neles concentra-se uma formação especializada relativa ao campo da Saúde Mental no SUS que não se encontra na formação generalista e precisa ser garantida nos cursos de graduação, seja porque esses cursos representam espaço importante de formação continuada daqueles que efetivamente ocupam ou ocuparão o corpo profissional da rede de serviços de Saúde Mental. O presente artigo pretende oferecer elementos a essa discussão, a partir da apresentação da experiência de um curso de especialização em Saúde Mental e da reflexão acerca das novas políticas relativas à regulação dos programas de residência profissional e multiprofissional em saúde no Brasil, que, expostas, ofereceram neste encontro subsídios para uma discussão acerca das diretrizes e compromissos necessários a esse espaço da formação.

A implementação e o impacto de um curso de especialização em Saúde Mental na macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

O curso de especialização em Saúde Mental da Universidade Federal de Juiz de Fora foi construído justamente com a intenção de contribuir com a transformação do campo da formação necessária ao avanço da reforma da assistência em Saúde Mental no âmbito do SUS. A idéia surgiu de um grupo de profissionais que tinham partilhado a elaboração e condução da política de Saúde mental de Juiz de Fora durante os anos de 2006-2007. Conseguimos um avanço significativo na estruturação de uma rede substitutiva através da implantação de novos serviços no município de Juiz de Fora no período apontado, além de uma série de estratégias para a qualificação da rede. Após esse período muito intenso e produtivo, tendo concluído um percurso de transformação possível diante das conjunturas política e institucional, optamos por deixar a gestão.

A questão que se colocava após a interrupção desse processo era como dar continuidade ao trabalho de implementação da reforma assistencial na região. Acreditávamos que havia uma lacuna bastante grande na formação

dos profissionais que atuavam na rede. Surgiu a idéia de promover um curso de especialização para a macrorregião Sudeste mineira que viesse a contribuir com a mudança no paradigma assistencial, visando capacitar profissionais para atuarem conforme as seguintes diretrizes: redução de leitos manicomiais, atuação em serviços comunitários e com uma visão abrangente e complexa sobre o adoecimento mental na perspectiva interdisciplinar.

O Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), criado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, foi nosso interlocutor institucional. Nesse ambiente acadêmico, com forte vínculo com a pesquisa e estudos dirigidos ao SUS, construímos um projeto coletivo de trabalho, que incluía outras ações de capacitação. O projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde.

A abrangência macrorregional se justificava em função de Juiz de Fora ser a sede da Gerência Regional de Saúde (GRS) que abarca 37 municípios. E também pelo fato desse município ser pólo da macrorregião Sudeste de Minas, com 94 municípios. Além disso, a cidade é também Pólo de Educação e Formação Permanente. São 4 GRS envolvidas: Juiz de Fora, Ubá, Leopoldina e Manhumirim. Existem cerca de 30 CAPS nessa região, sendo 14 na GRS de Manhumirim e 12 na GRS de Juiz de Fora. A maioria dos CAPS dessa região são CAPS I localizados em municípios de pequeno porte, contando com cidades maiores que possuem CAPS II, CAPS I e CAPS ad.

A turma selecionada foi composta por 30 alunos, sendo 26 deles trabalhadores de CAPS, 1 referência técnica e 3 trabalhadores de PSF e ambulatórios. A maioria dos alunos constituiu-se de psicólogos, seguidos de enfermeiros, assistentes sociais, médicos (1 psiquiatra e 1 médico de família), 1 terapeuta ocupacional, 1 educadora física e 1 bioquímica. Todas as microrregiões foram contempladas. O nível de familiaridade com a Reforma e a Saúde Mental era bastante variável, mas todos demonstravam um forte desejo pela aprendizagem e pela reflexão sobre as suas práticas.

Organizamos o curso em torno da responsabilização dos alunos com a transformação das práticas assistenciais e a mudança do modelo nas cidades em que atuam. Sua estrutura se deu em módulos seqüenciais, os quais, à medida que o especializando avançava nas discussões, complexificava o tema estudado. Os módulos abrangiam a atenção à Saúde Mental no território, com foco na integralidade dos sujeitos, das ações e do sistema em redes comunitárias; Saúde Mental e sociedade, que apresentou o processo histórico-social de constituição do saber psiquiátrico; Saúde Mental e cidadania, que abordou histórica e

conceitualmente as categorias cidadania e direitos no âmbito das relações e das políticas sociais; instrumentos para atenção psicossocial, que enfatizou os aspectos técnicos e terapêuticos; fundamentos da clínica, que discutiu o diagnóstico em psiquiatria e psicanálise; metodologia de pesquisa científica; e supervisão da prática em Saúde Mental, concretizada a partir da formação de grupos. Esses grupos, constituídos cada um com 15 alunos, se reuniam com dois supervisores para discussão de dificuldades institucionais, casos/eventos clínicos que eram trazidos pelos alunos. A idéia foi realizar uma abordagem ampla sobre a situação vivida e possíveis soluções, cujo norteammento era o campo psicossocial. Compôs a grade educacional as aulas expositivas dialogadas, a discussão de textos, a discussão de situações clínicas, a revisão bibliográfica e a apresentação de trabalhos em cada disciplina. Oferecemos três possibilidades de monografias de conclusão de curso: a revisão bibliográfica sobre um tema de interesse, o projeto de pesquisa e o projeto de intervenção sobre um aspecto relevante da assistência no município de atuação. Estes seriam projetos de implantação de serviços, articulação com PSFs, NASFs, organização e formalização de grupos de usuários e familiares, oficinas de geração de trabalho e renda, etc. A avaliação dos alunos foi a de que o curso proporcionou uma experiência transformadora nas suas práticas e uma abertura para suas vidas profissionais.

Finalizando, consideramos importante apontar alguns aspectos desafiadores para a continuidade do processo de capacitação em futuros cursos:

- A troca das administrações municipais em período eleitoral levou a mudanças na coordenação e funcionamento de serviços, referente a substituições e demissão de alguns trabalhadores. Diante dessa realidade instável, apontamos a necessidade de uma articulação mais próxima com técnicos e com as administrações, por parte das instâncias gestoras e dos movimentos sociais, com vistas a tornar inequívoca a necessidade de respeito aos investimentos realizados na localidade para formação de seus técnicos.
- É necessário o investimento na continuidade do processo de formação, entendida como educação permanente, estabelecendo, por parte dos órgãos e instituições formadoras/promotoras, estratégias de ação;
- Torna-se importante, diante da produção propiciada pela realização de cursos de formação, a criação de um banco de dados: artigos, teses, publicações, pesquisas, voltadas para a Saúde mental pública;

- Considerando os aspectos levantados nos itens anteriores, verificamos a oportuna medida que consistiria no monitoramento da execução dos projetos de intervenção criados a partir da realização do curso, bem como a necessidade de financiar a realização de pesquisas que tenham por objetivo a avaliação de serviços.

As residências profissionais e multiprofissionais em Saúde mental: um compromisso com as políticas públicas no Brasil

Modalidade valiosa de formação para a Saúde Pública, as chamadas residências constituem-se como programas profissionais e multiprofissionais que se construíram a partir de diferentes experiências, conectadas com a finalidade de oferecer ao profissional uma possibilidade de formação continuada, caracterizada essencialmente pela inserção cotidiana no serviço. Por caracterizar-se como campo de formação que oferece a condição da realização de uma prática refletida e em constante diálogo com o campo teórico de suas respectivas áreas, podemos dizer que os Programas de Residência em Saúde têm sido responsáveis, não apenas por uma qualificação da prática profissional, mas também por uma qualificação da atenção no campo da Saúde Pública.

Os profissionais de Saúde Mental se qualificam a partir do contato direto com o sofrimento psíquico, nas suas diversas expressões, assim como com um conjunto de práticas construídas como ferramentas inovadoras de intervenção nesse campo. O serviço quando constituído como campo de formação se qualifica também na sua condição de serviço. A perspectiva de cuidado trazida pelo paradigma antimanicomial sem dúvida ganha nessa possibilidade de formação um terreno fértil. Isso responde aos princípios básicos das políticas de educação para o SUS, os quais apontam para a integração entre Educação e Trabalho em Saúde e preconizam a necessidade de transformar simultaneamente as práticas de formação e as práticas de Saúde.

Apesar disso, sabemos que essa modalidade de formação, que é ao mesmo tempo uma modalidade de funcionamento de muitos serviços públicos de Saúde, foi fragilmente incorporada como uma política de Estado, seja como política pública de educação, seja como política de Saúde, muito embora a Constituição Federal de 1988 preconize, ao criar um Sistema Único de Saúde, ser atribuição do mesmo a ordenação da formação de recursos humanos na área de Saúde.

Recentemente, contudo, temos acompanhado um esforço do Estado para assumir essa modalidade de formação como parte do campo das políticas

públicas. É preciso dizer que é de 1977 o Decreto 80.281 que regulamenta a residência médica e cria Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável pela gestão da mesma no âmbito nacional. Contudo, em relação às demais profissões da Saúde apenas em 2005 a lei 11.129 cria oficialmente a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, nos seguintes termos:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuada a médica.

Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Desde então, uma série de portarias foi publicada, representando o esforço de regular essa modalidade de formação nos serviços de Saúde. Além disso, a defesa de políticas públicas é fundamental na medida em que nelas está dada a possibilidade de diálogo com a sociedade, a possibilidade de participação social efetivamente democrática. Assim, a sociedade civil organizada encontra interlocutor em relação ao qual pode exigir. No campo da Saúde Mental, vemos conquistas com as Conferências de Saúde Mental, a participação nos Conselhos de Saúde e de Reforma Psiquiátrica e a interlocução com o movimento social, como dispositivos fundamentais para a consolidação de uma rede de atenção comunitária substitutiva.

Nesse momento uma questão importante se coloca para o campo da Saúde Mental: como podemos traduzir nosso acúmulo de práticas e experiências bem sucedidas em uma participação social nas definições relativas à regulação dessas residências no campo da Saúde Mental?

Essa parece ser uma necessidade urgente. As regulamentações têm avançado e é preciso que incluamos essa pauta na nossa agenda política, como parte fundamental do nosso compromisso por uma sociedade sem manicômios e por uma formação igualmente comprometida com esse projeto. Atualmente está em vigência uma Portaria Interministerial (1077/2009) que preconiza ser a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde “modalidades de ensino de pós-graduação *latu sensu* destinado às

profissões da Saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos”, abrangendo as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Em seu artigo 2º prevê a Portaria que esses Programas de Residência devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. É prerrogativa importante que esses Programas devem contemplar “cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País”, assim como uma “concepção ampliada de Saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural”.

A referida Portaria institui ainda a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, à qual cabe toda a condução dos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Seja na constituição dessa Comissão, seja na constituição das câmaras técnicas que a subsidiam, temos por nossas diferentes inserções, como profissionais, usuários, professores ou cidadãos, diferentes representações. Nesse momento, parece importante acompanharmos os processos que, nessas instâncias, têm definido parâmetros para os Programas de Residência, principalmente aquelas pertinentes à área da Saúde mental.

O fenômeno do sofrimento psíquico exige uma formação que será tanto mais qualificada quanto mais provocar desestabilização de perspectivas e paradigmas há muito arraigados, porque são esses inclusive que sustentam o estatuto do sofrimento como doença e da cura como finalidade da atenção. Se quisermos trabalhar com expressões da subjetividade e com a realização de projetos de vida e participação social que contemple diversas formas de ser sujeito, apostando que aí reside a possibilidade de superação do sofrimento, precisamos superar o paradigma da racionalidade, da fragmentação do real, da neutralidade. Esses e tantos outros poderão ser transformados a partir do contato com os sujeitos e as histórias vividas por aquelas pessoas que encontram nos serviços comunitários possibilidade de colocar sua vida em diálogo para construir novas tessituras. Hoje, há um patrimônio de conhecimento do campo da Reforma Psiquiátrica cujo acesso se dará de forma inigualável no campo dos serviços. É preciso reconhecer que a clínica antimanicomial nos insere em um fazer profissional que supera em muito as formas tradicionalmente construídas por cada campo. Se considerarmos que a realidade brasileira exige um novo compromisso e uma

nova perspectiva de trabalho dos profissionais da Saúde, é preciso reconhecer a potência dessa rede substitutiva de serviços como revisora do papel e dos objetivos que orientam os profissionais da Saúde nesse país.

Por tudo isso, parece fundamental abrir uma discussão no campo que indague acerca dos princípios que devem orientar os Programas de Residência do campo da Saúde Mental, que coloque em debate o aprofundamento dos objetivos que devem orientar essa formação e que nos permita avaliar e transformar as experiências de formação já empreendidas na rede pública de serviços de Saúde mental do país. É urgente termos propostas de educação e Saúde, buscando a organização do campo das residências profissionais e multiprofissionais em Saúde.

Considerações finais

Durante as discussões do tema “cursos de especialização em Saúde Mental”, nesse importante evento nacional sobre formação, com os profissionais e estudantes presentes na apresentação do tema, tivemos a forte impressão de que existe uma demanda real e urgente por cursos de especialização em Saúde Mental. Muitos participantes salientaram que cursos com as características apresentadas são fundamentais para a formação e qualificação de profissionais para as ações atualmente em curso no Brasil. Tivemos a nítida certeza de que as instituições formadoras devem priorizar essa modalidade de formação como estratégia crucial para a reforma em Saúde mental.

Uma questão polêmica foi levantada ao longo do debate: hospitais psiquiátricos públicos, mesmo que apresentando um projeto terapêutico avançado, com redução de leitos, tempo baixo de permanência na internação e ética no cuidado podem ser considerados locais adequados para cursos de especialização? O grupo presente se dividiu nesse ponto, embora a maioria dos participantes demonstrasse rejeição a cursos nessas instituições. O argumento apresentado foi que os hospitais psiquiátricos são instituições que contrariam os princípios que defendemos como fundamentais numa assistência integral: podemos resumir esses aspectos enfatizando que esses lugares restringem a liberdade, havendo pouco espaço para a inventividade, com foco quase exclusivo na terapêutica farmacológica, cujas relações intrainstitucionais padronizadas e fortemente hierárquicas impedem as trocas concretas e simbólicas do sujeito com a comunidade e com o território, sendo conseqüente a segregação e a estigmatização dos indivíduos, impedindo que a expressão cultural de configurações subjetivas e singulares tenham espaço, aceitação e deferência cidadã nas cidades.

Por outro lado, embora houvesse consenso com relação a essas críticas ao

hospital tradicional, posições do debate apontavam para o reconhecimento de que algumas instituições públicas realizam um trabalho de qualidade e de relevância na formação de profissionais para o campo assistencial. Das contradições apresentadas, apareceu como consenso que a possibilidade de atuação profissional inicial e formação continuada nos serviços públicos que constituem a rede comunitária de atenção à Saúde Mental é capaz de produzir uma marca fundamental nesses profissionais, aquela que efetivamente produz a complexificação de concepções como doença mental, hierarquização de saberes, equivalência entre tratamento e eliminação de sintomas, dentre outras. A possibilidade de recolocar a questão do sofrimento psíquico, numa perspectiva efetivamente comprometida com a cidadania dos sujeitos encontra nesses campos de formação hoje seu solo fértil, razão pela qual é preciso trabalhar pela qualificação e pelos avanços necessários aos Programas de Especialização e Residências Profissionais e Multiprofissionais em Saúde. O campo da pós-graduação, orientado pela perspectiva aqui trazida, representa estratégia de formação fundamental para o avanço e consolidação do novo modelo assistencial brasileiro.

PESQUISAR EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES

Aline Aguiar Mendes Vilela³¹
Marcelo Arinos Drummond Junior³²

Não se trata de copiar a realidade, mas de reconstruí-la conforme nossos interesses e esperanças. É preciso construir a necessidade de construir caminhos, não receitas que tendem a destruir o desafio da construção. (Demo, 2003, p.10)

Em nossa oficina de Saúde Mental, tivemos como objetivo central trabalhar o pesquisar em sua dimensão emancipatória, ou seja, como a possibilidade de desenvolvimento da atitude cotidiana dos indivíduos em relação ao saber baseada na postura investigativa que os permite problematizar criticamente a realidade na qual estão inseridos, envolvendo, pois, também uma postura política. Compreendemos que esta atitude se faz fundamental para todo aquele que se propõe a atuar sob os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Nesse sentido, entendemos o pesquisar como um princípio formador e não apenas como o exercício de uma prática formalizada restrita aos programas de pós-graduação das universidades e que atenda fundamentalmente às diretrizes dos órgãos financiadores.

Com isso em mente, propusemos uma oficina de pesquisa na qual tivemos a aspiração de desenvolvê-la como uma prática de pesquisa.

Introduzimos a oficina, trazendo aos participantes a questão sobre o “por que pesquisar?”. Para respondê-la utilizamos a seguinte tirinha da personagem Mafalda:

31 - Psicóloga, professora da Puc Minas e doutoranda em Psicologia/UFMG

32 - Psicólogo, Especialista em Saúde Mental, Mestre em Psicologia Social e membro do GPT de Saúde Mental da ESP/MG.

Fonte: Banco de Teses (Portal Capes) <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>
 Acesso em 21 de maio de 2009



Em seguida, provocamos a partir de sua leitura uma reflexão sobre o pesquisar onde o sujeito deve assumir o papel de construtor ativo de um saber e não de reproduzidor de um saber previamente estabelecido de cuja construção ele foi excluído.

Após essa reflexão apresentamos uma outra pergunta “Qual conhecimento pode ser produzido pelo pesquisar?” Baseados nessa pergunta tínhamos como finalidade circunscrever a dimensão do conhecimento produzido pelo pesquisar. Para tal, discutimos os seguintes princípios centrais extraído do livro de Demo (2003) “*Pesquisa: princípio científico e educativo*”:

- É fundamental que a pesquisa não reduza a realidade ao tamanho do que se consegue captar: isso leva à importância das metodologias qualitativas (alternativas às metodologias quantitativas);

Por essa razão, qualquer pesquisa requer uma pesquisa teórica: não é mera especulação, mas é o modo como podemos entender o que chamamos de realidade... ;

- Método: quando temos uma definição de qual terreno estamos, o método nos indica como abordar o que queremos (é estratégico);
- Capacidade de questionamento;

Diálogo (é uma prática da contraposição, da discussão e não simplesmente do consenso).

Após a análise destes princípios, voltamos nosso foco para as pesquisas em Saúde Mental, especificamente. Apresentamos para tal um panorama comparativo dos diversos temas do campo da Saúde abordados por teses e dissertações (Anexo I). Uma rápida comparação permitiu ao grupo concluir que o tema Saúde Mental é um dos mais pesquisados.

Continuamos, então, nosso processo de problematização, introduzindo ao grupo as seguintes questões:

- Quais os desafios para o exercício da Saúde Mental que vocês levantam? Como abordá-los?
- Quais problemas levantados podem ser enfrentados através da pesquisa?
- Por que estes problemas são pouco impactados pelos saberes produzidos em nossas pesquisas?

Estabelecemos como estratégia para obtenção das respostas a utilização de uma pequena pesquisa a ser realizada com os participantes da oficina. Para isso utilizamos uma metodologia de pesquisa qualitativa bastante usada em pesquisas de campo: o grupo focal. Trata-se da reunião do pesquisador com um pequeno grupo de interlocutores os quais são estimulados a apresentar suas percepções sobre o assunto objeto da pesquisa. Optamos por essa metodologia pelo fato do grupo focal possuir a função de facilitar a discussão entre os membros de um grupo, focando o interesse na interferência que a fala de um participante pode ter sobre o outro. As intervenções do mediador têm como finalidade esclarecer algumas opiniões emitidas, introduzir e concluir tópicos do debate. Minayo (1993, p. 68) nos lembra que o mediador “tem o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão”, além de observar as comunicações não-verbais e gerenciar o tempo das reuniões. Assim, buscamos tornar possível aos participantes uma fala livre, mas ao mesmo tempo engajada na reflexão sobre o pesquisar em Saúde mental. Nesse contexto, realizar uma prática de pesquisa na Oficina, um evento de curta duração, teve como finalidade demonstrar que podemos introduzir uma postura de pesquisa em nosso cotidiano, sempre que queremos desvelar, construir e circular saberes que subsidiem nossas práticas. Através desta postura poder-se-ia, inclusive, desenvolver a formalização de pesquisas que culminem, por exemplo, projetos de mestrado, doutorado e monografias.

Apesar de não objetivarmos aqui a apresentação de uma análise detalhada sobre esse exercício, achamos importante delimitar alguns pontos a partir da experiência da oficina:

1) Entre os desafios enfrentados hoje nos serviços foram indicados:

1.1 A formação profissional e o trabalho em equipe aparecem na maioria das falas:

- “o problema está na prática e relacionado com a formação”;
- “há algo a mais na formação do que o teórico, há o desejo”;
- “há um desencontro entre os profissionais(...): há algo na formação que vai além, que engloba a ética”;

1.2 Trabalhar em rede foi também salientado pelos participantes como um outro desafio. Nesse sentido foi apontado que:

- (...) As equipes desacreditam no serviço, antes de falar em rede temos que falar nas equipes;
- Não há co-responsabilização (...) o CAPS acaba atraindo tudo para ele...

2) No que diz respeito aos problemas levantados que poderiam ser enfrentados através da pesquisa, o trabalho de rede foi levantado por quase todos os participantes, já que parece haver uma distância entre o que se propõe teoricamente e as dificuldades enfrentadas na prática.

3) Finalmente também refletimos sobre o baixo impacto das diversas pesquisas acadêmicas realizadas no campo da Saúde Mental no cotidiano dos serviços. Foram, então, levantados os seguintes aspectos:

3.1 As pesquisas são em sua maioria teóricas demais e muitas vezes não há uma devolução dos resultados nos serviços;

3.2 As pesquisas não trabalham na perspectiva de intervenção;

3.3 As pesquisas, em grande número, visam apenas à elaboração de uma dissertação ou tese, sem preocupações com contribuições ao exercício da Saúde Mental.

3.4 Há uma distância significativa entre as instituições acadêmicas, onde são produzidas a maioria das pesquisas, e a prática da Saúde Mental.

Problemas referentes à formação, à efetivação das redes de atenção e o distanciamento entre as instituições acadêmicas e o campo das práticas em Saúde Mental foram apontados e discutidos pelo grupo. Estas preocupações nos permitem ir ao encontro de algumas considerações atuais acerca do campo da Saúde mental.

Diversos autores, trabalhadores e gestores tem experienciado e teorizado os problemas da concepção de atenção em Saúde Mental CAPS-centrada. Segundo Dimenstein (2009), por exemplo, um dos principais desafios que devemos enfrentar atualmente diz respeito ao fato de não podermos entender a implementação do CAPS como dispositivo privilegiado (por vezes, único) na organização de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sendo necessário o investimento nos vários dispositivos da rede, como por exemplo, na responsabilização da atenção básica pelo campo da Saúde Mental.

Nessa perspectiva, Bezerra (2004) sustenta que um dos problemas enfrentados por esse novo modelo de atendimento em rede é a formação profissional, também apontado em nossa oficina. Segundo o autor, ainda há uma defasagem muito grande entre o que é ensinado nos cursos técnicos e superiores, e o que é realizado na prática nos CAPS's e nos diversos serviços. Segundo ele, não há uma formação profissional para se trabalhar em rede e para exercer uma prática crítica acerca do trabalho em Saúde mental, que cada vez mais exige dos profissionais um esforço inter-teórico e interdisciplinar.

Desse modo, finalizamos nossa exposição crêdulos de que a oficina se configurou como um dispositivo interessante no caminho da produção de um conhecimento comprometido com a prática, já que pôde refletir e problematizar sobre alguns dos principais focos de interesse no campo da Saúde mental atualmente, quais sejam, o trabalho de rede, a formação profissional; além de ressaltar a necessidade permanente de diálogo entre universidade e sociedade.

Referências bibliográficas:

BEZERRA, B. Jr. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. **O cuidado em Saúde mental: ética, clínica e política**. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, 2004.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: Princípio Científico e Educativo**. Ed. Cortez. Rio de Janeiro. 2003. 10ª edição.

DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. In: **Caderno Brasileiro de Saúde Mental. vol 1**, no1, jan-abr. 2009.

MINAYO, C. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório Final: “Investigação dos efeitos discursivos da capsização: avaliação qualitativa do modelo CAPS”**. Belo Horizonte: 2009, 189p.

ANEXO I

OFICINA DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL

**SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO
ESP/MG - 2009**

**PANORAMA COMPARATIVO DOS TEMAS DO CAMPO DA SAÚDE ABORDADOS
POR TESES E DISSERTAÇÕES NO BRASIL.**

TEMAS	QUANTIDADE
Saúde Indígena	49
Saúde do Idoso	218
Saúde da Criança	316
Vigilância Sanitária	409
Saúde da Mulher	534
Saúde Bucal	824
Saúde do Trabalhador	974
Humanização	1263
SAÚDE MENTAL	1552
Saúde da Família + Atenção Primária + Atenção Básica	1877
Saúde Pública + Saúde Coletiva	4777
Epidemiologia	6467
Saúde da Família + Atenção Primária + Atenção Básica e Saúde Mental	434

Fonte: Banco de Teses (Portal Capes) <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>
Acesso em 21 de maio de 2009