



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**Faculdade de Ciências Médicas**  
Departamento de Saúde Coletiva

**Annelise de Souza Denzin**

**FORMAR PARA A MUDANÇA: IMPASSES CLÍNICOS E  
POLÍTICOS DO CAPS AD**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Programa de  
Aprimoramento Profissional de  
Planejamento e Administração de Serviços  
de Saúde, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra.  
Rosana T. Onocko Campos.

Campinas

2013

## Agradecimentos...

*Aos meus pais, que foram os primeiros formadores na minha vida, que em mim deixaram seu legado, de relação com o mundo, de forma de lidar com a vida...*

*À Rosana Onocko Campos, sempre muito acolhedora, sempre muito disponível, sempre genial nas empreitadas clínicas.*

*Ao meu namorado Pedro, sempre amoroso e de infinita paciência com as minhas angústias, inerentes ao trabalho com a saúde mental.*

*À minha irmã, por me confiar a difícil missão de ser o seu exemplo, e isso ter tantos efeitos na minha postura de vida.*

*Ao grupo de aprimorandos, sempre parceiros no alívio das angústias com boas conversas e aquela “breja”...*

*À equipe do CAPS ad, pela acolhida que nunca imaginei ter, pela amizade, pela disponibilidade em me ensinar aprendendo!*

*À Rachel e Julliana, pelo nosso Pacto!*

*À Marlen Cotlier, pela linda amizade, pelas contribuições muitíssimo competentes, pelas lições estrangeiras de vida...*

*Ao Gastão Wagner de Souza Campos, pelas maravilhosas e provocadoras aulas sobre políticas públicas e planejamento.*

*À Mariana Dorsa Figueiredo, pela ajuda e parceria.*

## Sumário

Introdução: Formação como tema _____	4
Escolhas, Desejos, Itinerário _____	7
CAPS ad e Redução de Danos _____	8
CAPS ad Antônio Orlando _____	10
A Proeza Das Relações _____	13
Debate sobre este trabalho e considerações finais _____	16
Referências Bibliográficas _____	17

## Introdução: Formação como tema.

*As coisas estão no mundo... só que é preciso aprender.*

Paulinho da Viola (“Coisas do mundo, minha nega”).

Neste trabalho pretendo abordar de que forma ou de quais formas fui tocada por esta experiência de aprimoramento, dando especial atenção para o tema da formação em saúde, ou da conhecida como educação permanente em saúde. Adianto que este tema será transversal a todos os assuntos tratados no trabalho.

O processo educativo que precisa ser incorporado ao cotidiano da produção em saúde deve ser encarado, a meu ver, como desafio ético-político, como necessidade inerente para manter o sistema de saúde implantado (SUS) funcionando. A educação permanente deve colocar o cotidiano do trabalho em análise, em reflexão sobre o sentido deste trabalho, espaço no qual se deve ter autonomia para reformular a estrutura e o processo produtivo dos equipamentos.

Nas profissões na área da saúde há um predomínio de formações centradas no modelo biológico/biomédico/biologizante, nas quais o foco do ensino está no diagnóstico baseado em um check-list de sintomas em que o paciente é enquadrado. Na saúde em geral e em especial na saúde mental, este paradigma se torna insuficiente, restringe a capacidade de intervenção dos profissionais na complexidade em que se dão os problemas de saúde.

A hegemonia deste modelo nos dias de hoje ainda compromete a abordagem biopsicossocial da saúde. A perspectiva de formação necessária para a compreensão dos sujeitos e coletivos na sua complexidade é uma educação que seja ao mesmo tempo técnica e relacional, que compreenda as tecnologias mas também a dimensão do desenvolvimento da sensibilidade na relação com o outro e seu sofrimento.

A clínica ampliada e compartilhada em defesa da vida foi desenvolvida por Campos (2000; 2003), e trata-se de uma clínica que não mais se ocupa apenas da doença, mas do sujeito doente em toda a sua existência. Na defesa da clínica ampliada, Campos argumenta sobre as limitações não só da biomedicina como também de qualquer outro saber estruturado que não seja permeável às variações da realidade dos casos concretos. “O reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado, como a ciência, obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto”. (CAMPOS, 2003, p. 65, apud. FIGUEIREDO, 2012).

Este autor em nenhum momento de sua obra nega a importância dos avanços tecnológicos e das recomendações baseadas em evidências, porém sugere que manuais e tratados que sejam norteadores da clínica e não responsáveis por determinismos e reduções. Faz referência à noção de Franco Basaglia (1968) de “colocar a doença entre parênteses”, para que o foco do olhar daquele que trata seja no sujeito. A clínica ampliada é uma clínica menos prescritiva e mais negociada (FIGUEIREDO, 2012).

Esta nova forma de tratar da clínica ampliada constitui-se como mudança paradigmática no setor da saúde e exige aos profissionais que a colocam em prática uma luta contra hegemônica cotidiana. Vai na contramão do especialismo, da fragmentação e das práticas prescritivas tradicionais na saúde. O tema da formação profissional para atuar com esta clínica torna-se recorrente em supervisões clínico-institucionais, congressos, conferências, debates.

Destaco que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). (CECCIM, 2005. p. 162).

A Educação Permanente tornou-se política pública na saúde desde a implantação do SUS; na Constituição de 1988 também a formação na área da saúde é de responsabilidade do SUS, sendo que há referências a isso desde a Lei Orgânica da Saúde de 1990, assim como no Pacto de Gestão Pela Saúde e Política de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2009). Mas o desafio que ainda se encontra é o de um aprender com a própria prática e com a reflexão crítica desta prática, aprendendo por meio da relação e no encontro entre as pessoas.

A visão de mundo, os valores, a postura ético-política e os afetos do profissional (e do usuário) comparecem e influenciam o rumo de qualquer intervenção e, portanto, devem ser tomados como objeto juntamente com os aspectos técnicos e científicos no processo de formação em saúde. Em sua dimensão técnica, o trabalho em saúde está inevitavelmente embebido pelo processo de subjetivação do profissional que se forma. (FIGUEIREDO, 2012. p. 81-82).

Mais do que uma prática exclusivamente pedagógica que visa à adquirir ou apreender conhecimento, mas sim uma formação que nunca se finda, que sempre questiona e transforma a prática, que se dá por meio dos afetos, do engajamento, da implicação, das escolhas, das habilidades, das motivações, dos desejos do profissional que opera essa clínica.

Encaremos, portanto, a formação como alguma coisa da ordem de uma modificação: modificação de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja neste trabalho; não uma transformação, mas uma modificação no sentido de uma sensibilização para alguma coisa específica. (OURY, J. 1991. p. 2).

Para Oury (1991), a formação para se trabalhar com psiquiatria deve conter a aprendizagem de ferramentas conceituais que permitam extrair do campo cotidiano, onde está tudo misturado, as coisas mais essenciais, que mais fazem sentido, em função de uma postura ética, política, clínica.

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. (CECCIM, 2005. p. 165).

Para Ceccim (2005), é preciso entrar em contato com este desconforto para depois ter a disposição para produzir, criar, inventar alternativas para estas práticas que não estão mais dando conta dos desafios da clínica. Problematizar as práticas e concepções vigentes, como, por exemplo, o modelo biomédico, seria o primeiro passo a ser dado. A princípio, identificar o que de fato se faz no CAPS que ainda não superou este modelo hegemônico e não está mais a dar conta da complexidade do sofrimento do nosso usuário. A meu ver está claro que esta equipe a qual me refiro possui a disponibilidade e a potência para inventar formas novas de fazer, mas ainda passa por este período do desconforto. Estar aberto ao contato com o que causa desestabilizações e desconforto e refletir sobre isso na própria prática faz da equipe um lugar privilegiado de formação contínua.

## Escolhas, Desejos, Itinário.

Na ocasião de uma experiência de estágio de graduação na área de saúde mental, me deparei com situações em que estava em jogo a frustração (em oposição à realização) pessoal/profissional dos envolvidos. Foi o caso de um projeto em que não poderiam ser observados de imediato os resultados, mas uma construção que daria resultados em médio prazo, talvez depois de concluído o estágio, ou seja, os atuais atores não estariam presentes quando se concretizasse.

O estágio ao qual me refiro teve a proposta, que partiu dos próprios estagiários, de bancar um projeto de geração de renda para usuários da rede de saúde mental fora do espaço convencional de estágio. Este projeto passou por um ano de “gestação”, em que as principais ações foram reuniões com as pessoas interessadas, divisão de tarefas, planejamento. Estas ações, porém, não apresentavam de imediato a experiência de trabalhar no projeto em si, com usuários frequentando, porém consistia em trabalhar com muitas tarefas necessárias para colocá-lo em prática. Isto gerou desistência de alguns estagiários, pois não viam efetividade no processo e se sentiam frustrados diante de tal atividade quanto à contribuição pessoal e profissional que viria a oferecer.

Eu e outras poucas pessoas investimos no projeto, e tive notícias de que deu muito certo, resultado da insistência de um pequeno grupo. Porém, este contato com o abandono do projeto por alguns dos envolvidos foi algo que mexeu muito comigo, com as minhas convicções profissionais acerca de um projeto de saúde mental. Conclusão, este fato exerceu forte influência nas minhas escolhas no curso de aprimoramento. Arrisco dizer que a influência começou na opção do curso “Planejamento”, ao invés de Saúde Mental, haja vista a implicação no planejamento do antigo projeto de estágio.

Mas a maior influência, acredito, seja mesmo quanto ao tema da frustração, com relação à minha escolha por um CAPS ad como campo do aprimoramento. A clínica para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, a qual chamamos clínica ad, possui muitos elementos para se dizer frustrante.

Os dependentes de drogas foram considerados pacientes inadequados pela psicanálise, pois recusam a passagem da relação com o Outro. Eles fizeram e fazem fracassar todo tipo de terapia. Diante de tantos fracassos,

visualizamos nessa posição ética, nesse estar a favor, o ponto de partida de uma clínica (LANCETTI, 2012. p. 82).

Este desafio clínico contemplou, digamos assim, as minhas expectativas não pouco emocionantes para este ano de 2012. Os usuários de drogas embarcam em empreitadas altamente mortíferas, e as pessoas implicadas com a sua recuperação ou mudança de posição estão sujeitas a se frustrarem a qualquer momento, pois quando menos se espera eles podem voltar a usar a droga, e muitas vezes vai ser preciso impedir que eles se matem. As pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas não só frustram seus terapeutas como também desafiam e colocam em xeque a instituição, o saber-poder, as evidências, os tratados, as estatísticas, as nosologias psiquiátricas, os protocolos, ou até mesmo os dispositivos instituídos para tratá-los.

Era este o meu desejo, um tanto quanto louco, de me deparar com a frustração no seu extremo, e buscar entender e aprender quais as estratégias possíveis mesmo quando o fracasso parece iminente, ou até inerente. Talvez, na minha cabeça, eu passando por isso estaria pronta para qualquer outra coisa, sendo que nada seria mais difícil que isso.

## CAPS AD e Redução de Danos

*Te chamam de ladrão, de bicha, maconheiro  
Transformam o país inteiro num puteiro  
Pois assim se ganha mais dinheiro  
(Cazuza – O tempo não pára)*

Em tempos em que a internação compulsória “virou moda”... Sabe aqueles momentos em que a gente se pergunta “Ai, e se essa moda pega?”, pois é, pegou. Se o Cazuza soubesse... em tempos em que se diminuiu consideravelmente o contágio do HIV e as estratégias de redução de danos estão a se expandir cada vez mais no país, a ponto de serem reconhecidas pelo Ministério da Saúde como política, neste mesmo momento chega um agrupamento de pessoas com forte tendência higienista tentando defender os interesses do neoliberalismo (que, aliás, nem precisa de ninguém que os defenda), e respaldados pela lógica psiquiátrica tradicional que diz que os usuários de crack não estão em condições de responder por si mesmos, assim como um dia foi feito com os ditos loucos, chegam e levam estas pessoas, sem ao menos terem tempo para



fazerem as suas malas, estas sim foram arrastadas por alguma empilhadeira. Quais os argumentos para tamanha violência? Nenhum seria suficiente. Este foi um desabafo.

Neste momento histórico, os CAPS ad estão sendo cobrados a apresentar suas estratégias e conseqüentemente os resultados para este problema, que é antes de tudo social. Diante dos impasses da clínica que a questão AD coloca para as equipes de saúde e de saúde mental, um destes impasses a frustração, ou o “fracasso”<sup>1</sup> dos casos, é neste momentos que estamos sendo convocados a dizer da resolutividade dos CAPS ad. Então, eu pergunto: o que é resolutividade nesta clínica? Qual é a nossa maior preocupação, dentre tantas: que o paciente chegue em casa?, que nós consigamos dormir à noite?, que consigamos provar, neste momento político, que o que fazemos faz sentido e é por isso que levantamos da cama todos os dias para trabalhar? Perguntas em forma de provocação, sem respostas. A proposta deste trabalho e da presença que tive neste CAPS ad é colocar as pessoas para pensar! Assim como Lancetti (2012) propõe fazer com os drogadictos, já entregues à uma experiência de prazer com a droga em que não precisam mais se dar ao trabalho de pensar. Convido a equipe, ou as equipes de CAPS ad a pensar e repensar a sua prática a todo momento. Este trabalho com ênfase na educação atenta para a importância de aprender e se formar em serviço e, na equipe, fazer circular o saber, tanto o técnico e o científico como o cultural e o popular, como sugere Lancetti (2012, p. 92-93). Ainda, a importância de nos colocarmos sempre em dúvida diante dos casos:

Esta é a primeira contribuição que gostaríamos de trazer: a necessidade imperiosa de se manter uma postura de *dúvida* diante da vida, do sofrimento e da potência dos outros. Nada mais violento do que a certeza rápida que emerge da simplificação grosseira, a rotulação que diminui a riqueza das pessoas, na vida ou na clínica. Nada pior do que os chavões do tipo “fulaninho é um manipulador”, ou “cicrano não quer nada com nada”. (...) Se o outro nos parece simples, se os seus comportamentos repetem o que lemos nos manuais, e se ele não parece nada mais que um manipulador, talvez fosse saudável desconfiar não dele, mas do nosso próprio olhar. (MEDEIROS&PETUCO, 2010. p. 1-2)

Lancetti (2012. p. 51-52) coloca que a clínica de um CAPS ad, que se pauta na redução de danos, deve ser paradoxal, com isso ele quer dizer que a prática ocorre ao

---

<sup>1</sup> “fracasso” entre aspas, pois mais a frente discutirei a visão ou o conceito de fracasso dos casos nos CAPS ad.

mesmo tempo dentro e fora do CAPS, no território geográfico e no território existencial, na casa do paciente e no serviço de saúde, assim como o espaço transicional de Winnicott (1975), em que a ação terapêutica acontece, ao mesmo tempo, no mundo interno e no mundo externo da criança, na transicionalidade. “Ao aceitar o caráter paradoxal, a equipe do CAPS aposta sua potência de produção de saúde mental e de saúde, incluída a saúde dos próprios trabalhadores de saúde mental.” (LANCETTI, 2012. p. 52).

A aposta de que a formação, neste sentido em que vimos falando, de fato contribui não só para a prática na relação com o paciente, mas também para a saúde do próprio trabalhador, deve ser uma aposta clínica, política e de gestão! Salvo outras formas de manutenção da saúde do trabalhador, como espaço e práticas regulares de lazer, atividade física, e outras coisas, as quais façam sentido para os trabalhadores. Um investimento mais que necessário. Mas não adentrarei aqui nesta discussão, devido à ênfase do trabalho ser outra.

## CAPS AD ANTONIO ORLANDO

Um CAPS ad novinho em folha. Móveis novos, pintura nova, pessoas novas... quando eu cheguei ele tinha apenas três meses de funcionamento. A localização funcionou como obstáculo à concorrência na escolha: ninguém queria ir todos os dias para tão longe. Já eu, sim. Tampouco gostariam de experimentar a clínica da decepção, já eu, sim.

Indo diretamente ao que interessa neste trabalho, que é a interessante produção de um coletivo chamado equipe, vamos à minha inserção na equipe. Como já disse, serviço novo, pessoas novas, muitas pessoas recém-formadas, tendo ali a experiência do primeiro emprego; houve grande investimento em pessoal com qualificação porém sem experiência profissional. Muitos pontos em comum, muito trabalho a se fazer, muito gás para o trabalho. Assim como eu também tinha algo em comum, recém-formada, primeira experiência parecida com trabalho. Fui muito bem acolhida, e, no meu tempo, fui entrando e fazendo parte da equipe, sem muitas cerimônias, não parecia nem um pouco estranha neste lugar, aliás, me parece que já havia ali um lugar cavado para mim.

Neste contexto de vontade e gás para o trabalho, logo chegaram os elogios sobre a forma e processo de trabalho neste CAPS, num contexto atual de descontentamento geral e crise política na saúde em Campinas.

Concomitante a isso, se tornam muito gritantes as queixas internas a respeito do relacionamento com os outros equipamentos da rede, principalmente os CAPS III. Queixas no sentido de estarmos solitários na forma de trabalhar, de cansaço ao tentar acessar os parceiros para os casos, intolerâncias das outras equipes quando se deveria haver maior flexibilidade no caso-a-caso.

Com o tempo, surgem mais assumidamente as diferenças entre as pessoas na equipe, e o papo de olha... somos uma equipe nova, com gás... vai perdendo a força, mesmo porque passado o tempo já não se trata mesmo mais de uma equipe nova. Alguns chegam a dizer: a lua-de-mel acabou. Acho interessante a comparação com o casamento. A mais famosa, usual e socialmente aceita união entre pares de pessoas que teoricamente se amam. Então dizer que a lua-de-mel acabou seria dizer que o amor acabou? Ou não? Se a lua-de-mel acabou, e o amor talvez não, então o quê acabou? Mas deixarei um pouco em suspenso essa elucubração, para depois voltar a trazê-la à tona junto à parábola dos porcos-espinhos mais adiante.

Uma das questões surgidas nas discussões com a equipe sobre o processo de trabalho, sobre os sentimentos surgidos no cotidiano, é a questão da impotência diante de alguns esforços e empreendimentos clínicos, digamos. Este sentimento de impotência corre um risco, o de paralisar diante da insegurança gerada pela frustração, aquela mesma já comentada, causada pelo trabalho no qual se lida com os dependentes químicos e seu “narcisismo de morte”<sup>2</sup>. A questão trazida no início sobre a quase inerente frustração vivida com essa clientela então mostrou-se efetiva na equipe. Qual seria a forma de lidar com isso?

Chega um momento em que as pessoas da equipe parecem clamar por um pouquinho de sucesso com os casos, afinal uma pitada de massagem no ego não faz mal a ninguém. Pois bem, os casos “de sucesso” para alguns não o são para outros, o que seria então o sucesso terapêutico no CAPS Ad? Seria a adequação do sujeito ao modo de produção, abstinente, inserido no mercado de trabalho, construindo uma família? Ou

---

2 “Narcisismo de morte” foi um termo utilizado por Lancetti (2012) para definir a situação dos usuários de crack que ele encontrou embaixo das pontes, entregues a um estado de voltar-se a si mesmo, entregues ao prazer individual com a droga, tanto que perderam o fio dos limites colocados pela realidade, pelo laço social.

seria aquele sujeito que, um belo dia, tem um despertar crítico para a vida e se livra das relações que o prejudicam? Ou ainda, seria aquele que, após anos vivendo em função do crack, resolve trocar o crack pela maconha e retoma as relações familiares?

Nestes casos fictícios, que poderiam ser muito bem reais, onde, ou em que momento se coloca em jogo nossos valores e julgamentos morais, em que se convoca nosso “parecer” sobre certo e errado? O que sabemos sobre certo e errado na vida destas pessoas? Em que momento o que chamamos muitas vezes de “fracasso” pode ser questionado enquanto tal e vir a ser chamado de alguma outra coisa que sinalize um lampejo de vida nas grandes empreitadas mortíferas dos drogadictos? Convido esta equipe a rever seus conceitos cada vez que parecer que se está fracassando muito com estes pacientes, pois se isto acontece com frequência precisamos urgentemente rever a clínica que operamos com eles. Se quisermos de fato tratar a dependência química precisamos transformar a nossa clínica. O que acontece é que as nossas terapêuticas ou até mesmo nossas intervenções sociais, tão funcionais com outros pacientes, parecem tão limitadas, nem um pouco suficientes para a complexidade com a qual nos deparamos todos os dias num CAPS ad. Brincando com as palavras, precisamos de uma “mudança permanente”, parece paradoxal, também parece que combina com educação permanente.

Aqui preciso fazer uma observação pessoal acerca da educação permanente em CAPS ad. Precisamos ter prudência com “o quê” ensinamos em clínica ad no sentido de “para quê” ensinamos. O horizonte desejável da educação permanente em Ad deve pressupor a experimentação da vida como carro-chefe, sempre refletindo sobre a prática e criando novos dispositivos no cotidiano, sempre sendo experimentados, sempre discutidos em equipe e sempre avaliados. Isto constitui a nossa práxis, de que fala Campos (2000): a nossa prática é avaliada e analisada, vira teoria, que vira prática de novo, que por sua vez é analisada... e assim por diante.

## ¶ Proza das Relações

Um dia de inverno glacial, os porcos-espinhos de um rebanho apinharam-se a fim de se proteger contra o frio pelo calor recíproco, salvando-se assim do congelamento. Porém, dolorosamente incomodados pelos espinhos, eles não tardaram em voltar a se afastar uns dos outros. Obrigados a se

reaproximarem, por causa do frio persistente, sentiram novamente a ação desagradável dos espinhos; estas alternâncias de aproximação e afastamento duraram até que eles encontraram uma distância conveniente onde puderam melhor tolerar os males. (GUATTARI, F. 1981. p. 96)

Esta é uma célebre parábola de Schopenhauer, filósofo alemão do século XIX, citada por Freud em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921) e por Félix Guattari em seu livro *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo* (1981), para ilustrar sobre como se dão as relações afetivas, emocionais, libidinais dos seres humanos uns com os outros. Essas relações emocionais ou de amor que perduram por certo tempo contém, como aprofunda Freud, sentimentos de aversão e hostilidade, e representa a constituição característica de grupo. Guattari analisa, nos grupos, como sendo o coeficiente de transversalidade estes sentimentos ou forças a priori opostos que, coexistindo, criam uma tensão entre si que supera os impasses de simples horizontalidade ou pura verticalidade, que pode vir a ser uma relação harmoniosa. Ou seja, pode-se dizer que os porcos-espinhos com o tempo encontraram um coeficiente de transversalidade ótimo para as suas relações.

E numa equipe multiprofissional, como isso se dá? Como encontrar a distância adequada na qual a relação se dá de forma mais harmoniosa possível?

Podemos pensar nas contribuições de Winnicott (1975, apud. FIGUEIREDO, 2012) para pensar o trabalho em equipe. Para começar, é de extrema importância que estejam instituídos os espaços de encontro como as reuniões de equipe, discussões de casos e de PTSs, e não raro uma ajuda de alguém externo para lidar com as situações críticas do cotidiano. Estes espaços deveriam, sobretudo, permitir o estabelecimento de um *espaço transicional* comum, com um lugar e um tempo, um *setting* protegido, um espaço de jogo (Winnicott, 1975), no sentido em que se pode jogar com a realidade externa, se pode entrar em relação com o social. Na equipe, isto pode ser entendido como o espaço de práticas compartilhadas, em que é possível e é permitido experimentar e criar. No mundo adulto, o brincar pode ser a arte, a cultura, os projetos que unem as pessoas em torno de um objetivo comum. Isso favorece, nas equipes, uma relação criativa com a realidade...

...tornando-as mais permeáveis às diferenças de cada um e mais capazes de lidar com os conflitos que, inevitavelmente, estão presentes quando as pessoas se juntam. (...) Esse sentido de permanência e de confiança favorece

que os profissionais ousem colocar em análise sua prática, tomar decisões coletivamente, estabelecer contratos e construir maiores graus de compromisso com o que produzem. (FIGUEIREDO, 2012. p. 63)

Oury (1991) fala em colocar em prática as complementaridades, trabalhar na equipe o que ele chama de uma complementaridade inconsciente, que torna possível a articulação de competências e ao mesmo tempo a condição de certa forma de convivência. Isso se opera quando surge espontaneamente uma espécie de adequação entre a potencialidade manifesta do colega com a particularidade do sujeito que se apresenta para tratamento. Segundo ele, é preciso conhecer o outro naquilo que é capaz de... e levar em conta as qualidades de presença dele para se valer disso no cotidiano da clínica. (OURY, 1991. p. 5). Operar essa complementaridade é algo que ajuda a encontrar a “distância” ou a “proximidade” ótima entre os profissionais numa equipe. Porém, esta distância não é espacial, ela é subjetiva.

Fico pensando se as pessoas estão seguras ou não de que serão acolhidas pelo grupo quando decidirem tomar a palavra, pois isso é importante para colocar as instituições em análise. Guattari (1985, p. 98) diz que a análise de uma instituição consiste em se ter a tarefa de abri-la à vocação de tomar a palavra. Kaës (1991) fala que as instituições são constitutivas e estruturantes da subjetividade dos sujeitos, proporcionam as bases da identificação do sujeito com o mundo social. Quando há a construção coletiva de um projeto comum a uma equipe, isso favorece a aderência narcísica dos sujeitos à tarefa primária, e permite que a equipe funcione de fato como grupo, e não como agrupamento de pessoas. Os sujeitos encontram sentido e valor no seu trabalho estrutura a subjetividade e permite sustentar os riscos e desafios deste coletivo de trabalho chamado equipe. (FIGUEIREDO, 2012. p. 61)

Quando há a particularidade de um grupo em construção, como é o caso do CAPS ad ao qual me refiro, um grupo incipiente, podemos fazer como sugere Onocko-Campos (2002, p. 9), numa analogia com a criança, em certa fase de sua vida, que ainda não conhece seus limites, não sabe até onde pode chegar porque ainda não experimentou. A criança, nesta fase de experimentação criativa, irá por vezes passar um pouco da conta, ou exceder um pouco os seus limites, para testá-los. Uma equipe, em plena constituição de grupo, também tentará explorar até onde vão sua autonomia e sua governabilidade: vai testar o que pode e o que não pode de fato decidir sozinha.

Entretanto, quando a área de relações intersubjetivas parece não estar ainda bem estabelecida no coletivo da equipe, facilmente compreensível na construção de um equipamento novo de saúde mental, então, o outro pode ser vivido como ameaçador.

A maioria desses grupos que encontramos nos serviços de saúde não são grupos, porém agrupamentos, ou não tem constituída uma área de relações intersubjetivas que permita que a experiência da diferença não seja vivida como mortal. O outro como ameaça. O outro como depositário de tudo o que há de ruim. O outro como aquilo que me impede de desabrochar. O outro como lugar onde despejar o que eu quiser. O outro como testemunha para quem representar, o agrupamento como palco. (ONOCKO-CAMPOS, 2002. p. 5).

Quando o outro é ameaçador, fica mais difícil construir pactos coletivos e práticas mais compartilhadas, fica mais difícil se co-responsabilizar pelo tratamento do paciente. Isto é um sinal de que é preciso criar no cotidiano uma área de relações intersubjetivas, em que se pode pôr em prática as complementaridades de que já falamos, em que se pode experimentar sem ser retaliado, em que se pode discordar do outro sem que isto seja vivido como mortal.

E essa tal lua-de-mel de que falamos há pouco? O que seria uma lua-de-mel numa equipe de CAPS? Fiquei pensando... Lua-de-mel quase sempre pressupõe uma viagem, para os modelos tradicionais de casamento formal, então como seria a equipe do CAPS embarcando em uma viagem?

Imaginemos uma viagem. Uns querem ir a Roma, outros a Paris. Uns vão a Roma porque querem ver o Papa, outros somente querem conhecer Roma. Às vezes, na gestão, força-se o rumo, coloca-se todo mundo no mesmo caminhão, antes de saber para onde (e porquê) querem – uns e outros – ir. Não é de estranhar que tombos aconteçam, e fiquem todos, e suas coisas, espalhados pelo chão. (ONOCKO-CAMPOS, 2002. p. 10)

Acredito que, para que as relações não se tornem insuportáveis, para que os espinhos não estejam perto demais a ponto de nos ferir, é preciso que retomemos por quê e para quê subimos neste caminhão e topamos esta viagem. O por que de cada um ter escolhido este CAPS ad, assim como eu fiz no início deste trabalho, passando pelos itinerários de vida de cada um, descobrindo, às vezes pela primeira vez, quais os sentimentos que de fato motivam a estar aí. Colocar para si mesmo e para os outros as

competências, que tem a ver com o que marca a vida de cada um, as paixões, as preferências, as escolhas, os sentimentos, assim como fala Oury (1991).

Quando se coloca em pauta as motivações e implicação de cada um, quando colocamos nossas fragilidades e qualidades dentro de uma equipe, pode haver o que Oury (idem) chamou de complementaridade inconsciente, pode existir a área de relações intersubjetivas que já foi debatida aqui.

## **Debate sobre este trabalho e Considerações Finais**

A última proposta deste ano de aprimoramento foi a de apresentar no CAPS na forma de “E.P.”, ou seja, de educação permanente, as reflexões deste trabalho de conclusão de curso. Dentre os apontamentos das pessoas da equipe sobre as questões apresentadas, foi colocada a importância de não haver a retaliação, no sentido da analogia com a criança em Winnicott (1975), colocam que fica muito difícil colocar a opinião ou um assunto delicado na roda quando a reação automática é de retaliação. Debates que isso tem a ver com a vivência do outro como ameaçador, e como fica mais difícil se constituir como grupo quando a relação está nesse ponto.

Algumas pessoas colocaram que este trabalho conseguiu retratar bem a equipe e o momento pelo qual está passando. Um momento de constituição, de construção. Outras pessoas escolheram falar sobre as diferenças existentes entre as pessoas da equipe, e a discussão se deu em torno do conceito das complementaridades, que não é suficiente dizer que sim, somos diferentes, e guardar essas diferenças numa prateleira ou numa gaveta e não coloca-las em questão, em análise. Não será suficiente no trabalho em equipe reconhecer e “aceitar” as diferenças das outras pessoas, mas sim colocar em prática as complementaridades. Ainda, colocam também que as discussões surgidas com a apresentação despertam o interesse por buscar estudar sobre as questões do cotidiano de trabalho no CAPS.

No momento de avaliação deste ano de trabalho do aprimoramento neste CAPS, os profissionais colocaram que eu assumi a tarefa de não deixar algumas coisas importantes passarem batido, avaliaram que consegui manter uma externalidade mesmo estando dentro, e isso me permitiu fazer provocações construtivas para a equipe. Sobre “estar dentro”, as pessoas da equipe identificaram que em vários momentos eu fui



considerada como um membro desta equipe, identificam que eu de fato ‘subi neste caminhão’. Uma profissional que também já passou pela experiência do aprimoramento faz uma analogia do aprimorando com um adolescente que ora é cobrado como adulto, ora como criança, e avalia que eu me coloquei numa postura diferente disso, assumindo o compromisso e as responsabilidades que seriam de um adulto. É importante ressaltar que nesta equipe houve espaço para receber o aprimoramento e para que eu me colocasse desta forma, houve abertura para experimentar estas responsabilidades, que inclusive me fizeram crescer muito ao longo do ano. Também foi colocado que se trata uma equipe que quis muito receber o aprimoramento. Está claro sobre o vínculo criado com a equipe, pois só assim se torna possível fazer os apontamentos das questões abordadas neste trabalho.

## Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.
2. Campos, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.
3. Campos, GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.
4. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16: p.161-168, 2005.
5. Guattari, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 230p.
6. Kaës, R. Realidade psíquica e sofrimento das instituições. In: Kaës *et al* (orgs). **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.

7. Lancetti, A. (2006) **Clínica Peripatética**. SaudeLoucura 20, Políticas do Desejo I. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 127 p.
8. Onocko Campos, R. (2002) A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. Versão Mimeo. p. 1-16.
9. Oury, J. Itinerários de formação. In: **Revue Pratique**, n.1: p.42-50, 1991.
10. Winnicott, D. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.