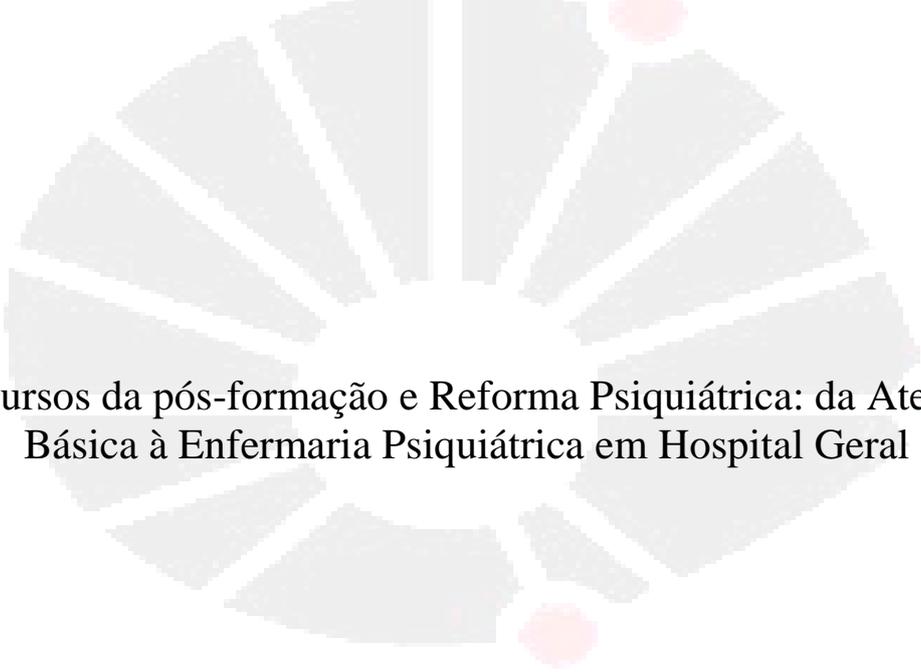


**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva

**ADRIELE FERNANDA BALDESSIM**



Percursos da pós- formação e Reforma Psiquiátrica: da Atenção  
Básica à Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral

**UNICAMP**

Campinas - SP

2015

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva

**ADRIELE FERNANDA BALDESSIM**

Percursos da pós- formação e Reforma Psiquiátrica: da Atenção  
Básica à Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Programa de  
Residência Multiprofissional em  
Saúde Mental na Saúde Coletiva  
como condição parcial para o título  
de especialista em saúde mental,  
sob orientação de Ellen Cristina  
Ricci e Bruno F. Emerich, e  
coordenação de Rosana T. Onocko-  
Campos.

Campinas - SP

2015

R  
e  
s  
i  
d  
e  
n  
t  
e  
C  
M  
r  
i  
S  
l  
t  
i  
L  
p  
r  
o  
p  
é  
i  
r  
n  
s  
g  
h  
o  
l  
o  
n  
a  
i  
s  
e  
m  
R  
e  
M  
ú  
d  
e  
M  
h  
ã  
e  
s  
-  
U  
N  
I  
C  
A  
M  
P  
i  
g  
a  
t  
o

P  
a  
p  
o  
s  
m  
i  
n  
g  
u  
a  
n  
t  
e  
s  
:  
D  
r  
i  
e  
l  
,  
R  
o  
g  
ê  
r  
i  
o  
R  
e  
n  
a  
t  
o  
!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente àqueles que acreditam que “Toda experiência é uma realidade dentro da mente” ACV. Agradeço de corpo e pensamento, para todos que estiveram na ingrata tarefa de acompanhar esta pessoa que escreve aqui e que, sabemos, fora bastante feliz e atormentada neste processo de formação. Ah, sim! É muito amor!

**Mãe**  
Bruno Emerich  
Alana – Jéssica – Janylle e Susana – companheiras de União!

**Verônica Januário**  
Bá Martins  
Daninha  
Amandinha

**Dóris Golveia**  
Valquiria “Bicho Mundo”  
Rô, Rê e Júlia

Carla Linarelli  
Juliana Ladeira  
Ellen Ricci  
Kátia Maria Souza

**Pai**  
Luana  
Ribeiro  
ÉDINHA  
Mariana de Andrade  
TONINHA

Aldo, Sandra e Elaine  
Daniele Baldessim  
Suzan dos Anjos  
Tiago de Andrade

Ana Luiza Aranha e Silva  
Ana Luiza M. de B.  
Glenda Milek  
Rosana Onocko-Campos

Ala loucos pela X! **Miguel - meu professor!** AFLORE!

Eloá Ulliam  
Flávia Leal – Leão!  
Letícia – Coragem!

Ana C. Vangrelino – gratidão!  
Marcella Brajão  
Camila C. Frigo

Viviane Ceci  
Lú, Duda, Bia, Sônia e Celina  
companheiras de CHOVSGRILL  
Fran Damas

*E ao futuro que cintila azul e branco...*

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>2. ESCOLHAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>08</b>
<b>3. PELA OPORTUNIDADE DE EXPERIENCIAR.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. No Grupo existe Instituição? .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2. O prato principal: cozinha antimanicomial! .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3. Território Econômico.....</b>	<b>21</b>
<b>4. À LUZ DE UMA CONCLUSÃO? .....</b>	<b>25</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>28</b>

## 1. Introdução

Em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), entram em vigor as disposições gerais sobre o modo de operação do Sistema Único de Saúde (SUS). Norteando-se por três eixos: a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, o Sistema Único de Saúde, fomenta e organiza a criação de diversos serviços de saúde. Além da lei 8080, outras portarias entram em vigor para constituir uma rede de cuidado à saúde, com financiamento e recursos públicos. É a partir daí que, segundo Aranha e Silva e Fonseca (2005), pretende-se subverter a lógica até então dominante no que se refere à organização dos serviços públicos de cuidado à saúde. O modelo de cuidado deixa de ser unicamente o modelo “médico centrado”. A Reforma Sanitária, desencadeada por este processo, no encontro com a Reforma Psiquiátrica, inclui outros atores no interjogo que sustenta o SUS. Traz à tona a produção de vida, sustentada pela formação do trabalhador e da participação dos familiares e usuários nos processos de cuidado e adoecimento. O Ministério da Saúde também ganha destaque: responsabilizando-se pela via da lei, portarias e regulamentações. (ARANHA e SILVA e FONSECA, 2005)

Na condição de lei nacional, a sociedade brasileira, e dentro dessa a comunidade científica, em seu compromisso social se debruça nesta construção dentro do ideal preconizado pela lei 8080, a saber: “Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990, p. 01). No entanto, lançando mão da maneira como a sociedade tem pensado as políticas de saúde, já há mais de duas décadas percorremos intensas movimentações sociais, ora em prol do SUS, ora na pretensão de questionar este modelo e tentar outras possibilidades, na aliança com o público, ou, majoritariamente, aliando-se as iniciativas privadas. (CAMPOS, 2007).

Com a criação do SUS e dos encaminhamentos decorrentes de sua aprovação criaram-se diversos serviços públicos em que a lógica para organizá-los preza pela defesa individual e coletiva da vida. (MERHY, 2006). A política se organiza por princípios doutrinários, quais sejam: Universalidade, Integralidade e Equidade. Estes norteadores são “linhas pétreas” do SUS, e tem como objetivos direcionar as linhas de base do sistema. (VASCONCELOS e PASCHE, 2013).

A partir destes balizadores e da criação em massa de diversos equipamentos, percebe-se que é fundamental o investimento na formação dos trabalhadores que fazem

do SUS um sistema vivo. No entanto, como aponta Scarcelli e Junqueira (2011), a formação de recursos humanos ainda é questão pertinente para que possamos discutir a baixa qualidade referida por trabalhadores e usuários dos serviços.

Ao tocar neste tema – a formação de recursos humanos qualificados – este texto aponta uma saída para este que parece ser um problema estrutural em nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto traz à discussão a experiência de trabalho como psicóloga residente em dois cenários de práticas diferentes em um distrito de saúde de Campinas. Apresentando alguns pontos da experiência como residente, pretende-se, como aponta Lima e Santos (2012), problematizar reflexões quanto ao modo como a experiência dos programas de residência multiprofissional, cujo objetivo é exatamente a formação profissional em serviço, traz a possibilidade de reverter este déficit quanto à formação profissional para a saúde pública.

Ainda que os programas de formação profissional a partir da experiência em residências multiprofissionais, atualmente, sinalizam a preocupação em preencher o espaço deixado por décadas no que se refere à formação profissional para o campo público, algumas delicadezas estão em pauta no cenário atual. Entendendo a complexidade que se dá na relação existente entre formação e serviço, escolhemos por sinalizar alguns pontos de tensão no que se refere ao modo de organização dos processos de trabalho.

Campos (2006) aponta dois modelos hegemônicos quanto à organização dos processos de trabalho encontrados no bojo do SUS. De um lado práticas endurecidas, verticalizadas e burocráticas em que o trabalhador é responsável pela sua área específica, nota-se o caráter individual desta ação. De outro, pode-se observar experiências radicais de organização com distribuições homogêneas. Neste segundo modelo, corre-se o risco de fundamentar o trabalho cotidiano de forma desresponsabilizada, uma vez que todos fariam tudo coletivamente. Apontando uma saída para esta observação sobre o cotidiano de trabalho, o autor sinaliza a necessidade de “combinar características polares e antagônicas, inventando-se modelos organizacionais que mais potencializassem a produção de saúde.” (CAMPOS, 2006a, p. 248).

Ainda mapeando fluxos para o trabalho em saúde, o autor traz ao debate a necessidade de criar e improvisar: “motivação criadora e empenho improvisador” (CAMPOS, 2006a, p. 251). A combinação entre pensar fluxos de criação e

improvisação, com empenho e criatividade, alinhada a produção de vida, parecem ser de grande valia para se pensar a formação profissional para o SUS. Na experiência como residente, tais pontos são observados no engendrado campo entre trabalho e reflexão daquele que, ao final do programa de residência, passará a ocupar os postos de trabalho no SUS.

Fica o alerta permanente sobre o cenário de práticas que será palco para o trabalhador-residente. É possível perceber como as tensões sociais e políticas alimentadas pela desorganização das gestões públicas e que serão campo de trabalho para o residente alinham-se aos “pesados constrangimentos do meio socioeconômico-político de cada contexto”. (CAMPOS, 2006a, p. 251). Estes caminhos, salvo exceções, podem expelir o profissional com relação à entrada no serviço público, e assim lança-lo a iniciativa privada como campo de trabalho futuro. Esta problemática e seus pontos polêmicos no cenário de práticas no qual se insere o residente e um grande grupo de trabalhadores, segundo Campos (2006), só vêm a construir uma equipe de trabalho descompromissada e alienada.

Ao tocar na complexidade pertencente aos problemas cotidianos no SUS em todo o país, Barros e Barros (2007) trazem à luz a perspectiva de superação desta problemática sinalizando a possibilidade de trabalhar na tentativa de aumentar o grau de autonomia com relação ao fazer dos trabalhadores e sua capacidade de decisão. Assim, aumentando a capacidade de criação, e a indissociabilidade entre a gestão e o componente clínico das escolhas no campo das práticas, supera-se o sentimento de dor, inerentes às experiências tradicionais do trabalhador-residente, resultando na produção de prazer no campo do trabalho.

## **2. Escolhas Metodológicas**

A formação de psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais pela via do programa de Residência Multiprofissional é gestada dentro do departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Campinas (UNICAMP) desde março de 2013. É através da residência que, anualmente, estes profissionais têm a possibilidade de conviver semanalmente com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Campinas - SP. Majoritariamente, se inserem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III, álcool e drogas (ad), infanto-juvenil (i) e nas duplas de saúde mental na Atenção Básica (AB) de alguns Centros de Saúde (CS) do município no primeiro ano da residência. Já no segundo ano da formação, o residente pode se inserir em outros pontos da RAS: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (EPQ), Ambulatório de Infectologia, Serviços de Geração e Renda (NOT), dentre outros pontos da RAS. Ao contar sobre esta experiência, escolhemos por tocar em dois pontos da inserção do residente na RAS: a Atenção Básica (AB) e a Enfermaria Psiquiátrica (EPQ).

Nossa escolha é em discutir sobre a formação profissional, a partir da entrada da residência em dois serviços já mencionados, especificamente, trazendo a luz dois espaços grupais por onde circula a residência. Um grupo verbal realizado junto aos pacientes de um CS que, em algum momento da vida receberam o diagnóstico de psicóticos e que por ora, realizam seu seguimento de saúde na AB: o “Grupo Integração” (GI). Este espaço, nomeado assim pelos próprios participantes, terá a identidade de seus participantes preservado, bem como o nome do CS onde se realizado a atividade. O outro espaço, este alocado dentro da EPQ, trata-se de um grupo de atividade nomeado como Oficina de Culinária (OC)

A vivência em serviço, na partida da inserção do residente na lógica de cuidado dos serviços, na inserção nas equipes, fora fundamental para pensar a formação profissional do trabalhador. Na inserção do estagiário/ trabalhador em um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), em um Centro de Saúde e em uma Enfermaria Psiquiátrica (EPQ), além da participação na Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de Saúde Mental de Campinas (AFLORE),

proporcionaram diferentes cenários para que pudéssemos refletir sobre as equipes multiprofissionais, as instituições de cuidado à saúde, além de questões territoriais do espaço urbano. Para tanto, pretendemos traçar limites e possibilidades para a formação profissional em serviço a partir do cenário de práticas enquanto psicóloga residente. O período como residente durou 24 meses, sendo que durante o primeiro ano a inserção em um CS na AB se deu nos primeiros 12 meses. Já a entrada nos outros equipamentos da RAS – CECCO e EPQ - a entrada como residente se deu em outros 12 meses. O que totaliza os dois anos do programa de pós-graduação, em regime de 60 (sessenta) horas semanais que contava também com aulas teóricas no departamento mencionado.

Ambos os espaços mencionados – o GI e a OC - não surgem aqui como objeto de análise, mas sim como catalisadores para dois espaços de troca entre trabalhadores e usuários e que sinalizam potências e tensões no cotidiano do CS e da EPQ. Sendo assim, entendemos que não cabe aqui um levantamento minucioso sobre a Atenção Básica, ou sobre as portarias sobre Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral, mas sim, uma descrição sobre alguns pontos no cotidiano de ambas as oficinas.

### **3. 1. Pela oportunidade de experienciar**

A criação das residências multiprofissionais recebe apoio do Ministério da Saúde desde 2002, contando com o apoio do reforSUS. Constituem-se como Política Nacional de Educação Permanente, e sua trajetória deve ser marcada pela articulação entre Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde. É no encontro destes dois protagonistas – campo de práticas e espaço formador – que o profissional recém formado encontra a possibilidade de especializar-se, a partir do cenário de práticas no qual é esperado que esteja inserido. Outra nuance importante da formação do residente é a formação em equipes multidisciplinares, o cuidado na relação com a preceptoria/tutoria, além da formação permanente em serviço. Preocupa-se ainda, com relação à utilização de metodologias ativas e participativas durante o percurso de pós-formação do aluno/ profissional. Estas são, na linha da proposta ministerial, o grande trunfo da formação do residente. Entendendo, ainda, a importância ao abarcar a complexidade dos serviços de saúde, as diferentes formas de organização distribuídas em território nacional, pensando o cuidado em saúde de forma complexa, dinâmica, em que o cuidado e a resolução dos problemas de saúde possam ser pensados de forma transdisciplinar e intersetorial. Além dessas, sinaliza-se o condicionante socioeconômico, as questões culturais, ecológicas e religiosas que, juntas, descrevem a riqueza desta maneira de organizar a formação profissional via SUS. (BRASIL, 2006).

Falando sobre as condições pertencentes ao ambiente formativo, é importante mencionar a história de Campinas como campo de práticas em saúde. A RAS Campineira tem, desde os anos 70, amplo compromisso com os ideais da Reforma Sanitária. Já há mais de trinta anos esta tem sido uma bandeira dos serviços de saúde do município e dos movimentos sociais que sustentam e dão corpo para diversas frentes de resistência. Este encontro fértil, marca, junto a outras iniciativas sociais, um importante cenário de práticas em saúde. De acordo com Braga Campos (2000) a saúde mental em Campinas nasce do encontro híbrido entre militâncias. Para a autora, a cidade é pioneira em organizar a Atenção Primária à Saúde já em 1976. Tal pioneirismo é fruto de diversos encontros entre entidades sócio-assistenciais do município. Baseando-se em Smeke, L'Abate, e Medeiros, Braga Campos (2000) informa que já na década de 1970 a cidade contava com a articulação da igreja católica, representada pelas Comunidades Eclesiais de Base

(CEBS), reunidas na Assembleia do Povo, fomentando movimentos não só no contexto da saúde, mas também da habitação e das condições urbanas do município. Além disso, neste período o LEMC – Laboratório de Educação Médica para a Comunidade – localizado na Universidade de Campinas (UNICAMP), formava em bloco os profissionais que iriam assumir uma nova Política de Saúde do Município. É deste laboratório que, comprometido com os estudos e pesquisas aplicadas a área social, surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Além disso, é notável que outras instituições presentes no passado e no presente estão fortemente imbricadas as mudanças pelas quais a rede de atenção à saúde de Campinas passou. Nota-se, através dos trabalhos de Figueiredo (2005) e Gomes (2006), a relevante participação das equipes de saúde para que o município continue a trabalhar em defesa da vida.

É a partir deste cenário histórico que em 2015 o município conta com cerca de 63 (sessenta e três) CS, cada qual com sua peculiaridade na organização e gestão, trazendo ao cuidado com a população diversas problemáticas. De acordo com dados do município, há um CS para cada 20.000.00 habitantes<sup>1</sup>.

Destaca-se, na constituição da AB que, ao escolher o Programa Saúde da Família (PSF), a escolha é também trabalhar em consonância com a complexidade, a transversalidade e a intersetorialidade. Gama (2011), ao estudar a saúde mental na atenção básica, sinaliza que em Campinas, além da equipe mínima apontada pelo Ministério da Saúde, somam-se também psicólogos, pediatras, dentistas, assistentes sociais, ginecologistas, dentre outros. Ao incluir estas categorias nas equipes mínimas, o objetivo é ampliar o grau de intervenção, abrindo o campo de ação para além do modelo médico tradicional. No entanto, segundo este autor, ainda há diversos problemas como a sobrecarga de trabalho, equipes incompletas e a lentidão na reposição.

Os problemas que acompanham a RAS Campineira, que como mencionamos bebe na fonte da militância por uma modelo construído em defesa da Vida, atualmente sofre com um cenário de trocas de profissionais, greves e paralisações, o que incide de forma direta e importante no percurso da residência. No entanto, observa-se que ainda assim, a vivência em serviço deixa emergir a discussão acerca do sentido da experiência conforme sinaliza Bondía, ou seja: “(...) aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que

---

<sup>1</sup> <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma”. (BONDÍA, 2002, p. 26). Pode-se dizer que as tensões pelas quais passa o residente no percurso da pós - formação vão ao encontro de fortalecer este profissional que é convocado, conforme diz Bondía, a estar aberto à transformação, convocado à experienciar.

Ao tocar no que tange a experiência e o encontro com o campo, começamos a contar o percurso do residente em dois espaços de cuidado: o grupo Integração (GI) e a oficina de culinária (OC). Escolhemos por tratar destes espaços, uma vez que ambos, em conjunto, mostram-se potentes para aberturas quanto à transformação, como sinaliza Bondía (2002).

Com relação ao GI, este acontece semanalmente em um CS do distrito Sudoeste. Sabe-se conforme sinalizado sobre a AB, campo de organização dentro do SUS e que normativa a existência dos CS do município, que semanalmente encontram-se no cotidiano destes equipamentos grupos e ateliês para públicos diversos. Especificamente, no CS em que se dá esta iniciativa, há também diversas outras propostas. Em uma delas, cujo nome é Grupo Integração, realiza-se um grupo, alocado junto à estrutura física de um serviço parceiro, no qual pessoas que em algum momento da vida tiveram em seu percurso cotidiano o diagnóstico de esquizofrênicos, juntamente aos trabalhadores que os acompanham no compartilhar ações e espaços a fim de tratar sobre mazelas da vida cotidiana, o cuidado às questões do adoecimento, problemas familiares, discussões políticas-sociais, dentre outras. Tal dispositivo se organiza em rodas de conversa com uma média de cinco participantes, ofertando, semanalmente, um espaço de escuta e troca entre psicólogos e estes que já fizeram uso dos serviços de saúde mental do município. Na contramão de serviços especializados, uma vez que os participantes já não demandam mais os cuidados advindos da atenção secundária e pode-se realizar seu tratamento em outro espaço de saúde fora do circuito da saúde, atentando-se às questões que atravessam a vida de qualquer cidadão morador da periferia.

É interessante mencionar que este grupo acontece desde 2008 e por ele já passaram diversos psicólogos e aprimorandos. Uma peculiaridade sobre o contrato do grupo é a liberdade dos participantes em trazer seus desejos, angústias e interesses de forma livre e compartilhada. No entanto, outra questão chama a atenção: a ausência de trabalhadores não psicólogos junto aos mediadores do grupo que são, como podemos perceber, profissionais da psicologia. Chamamos a atenção para este fato, e mais a frente voltaremos a discuti-lo, por ora, nos parece que está aqui um importante ponto

para podermos articular a função política do trabalhador no cotidiano dos serviços, bem como a elasticidade das ações de cuidado à saúde mental.

### **3. 2. No Grupo existe Instituição?**

Na linha da proposta de conhecer mais sobre o GI, parece-nos que Amarante (2007) traz uma importante contribuição ao falar da estrutura dos serviços de atenção psicossocial, ou seja, a necessidade de uma estrutura flexível a fim de que esta não se torne burocraticamente repetitiva, já que a vida diária é com pessoas e não com doenças. Deixando, portanto, caminho para proporcionar a expressão de dificuldades, angústias e temores. Sabemos que um grupo não é especificamente uma estrutura física, tal como é um serviço de atenção à saúde mental. Contudo, se adentrarmos o modelo teórico pertencente à análise institucional, o que se vê é que em diversos espaços estamos todos partindo de Grupos e Instituições, grupos e instituições como as várias nuances que sustentam o GI. Como sugere Bleger, adotamos aqui o conceito de Instituição como “(...) conjunto das normas, das regras e das atividades agrupadas em torno dos valores e das funções sociais”. (BLEGER, 1989, p. 48). Segundo o autor, quando formas de organização hierárquica organizam-se no interior de um espaço/ área delimitado, tratamos por organização.

O grupo como instituição, no encontro com a instituição como grupo permite, conforme o autor supracitado, que possamos adensar nossa discussão. Segundo Barros (1997) o conceito de Grupo trata do cruzamento de muitas histórias que ali se cruzam, enunciando invisibilidades e visibilidades, dando corpo a diversas totalidades e processos. Portanto, tratam-se de linhas que atravessam em múltiplas direções e que acabam se sustentando.

A concepção de Barros (1997) alinha-se a Bleger (1989) na medida em que tratamos sempre de um emaranhado de Instituições ao nos debruçarmos sobre o conceito de Grupos. Bleger chama a atenção para o fato de que o grupo tenderá sempre a se burocratizar e se desviar de sua tarefa. Aqui, vale a nós a discussão sobre como o fazer na condução do GI é possibilidade para cuidar em liberdade, provocar circulações no território e olhar os sujeitos que ali participam de forma a explicitar seus direitos sociais. Tira-se estas pessoas dos parênteses, utilizando uma expressão Basagliana, discutida por Amarante (2007), a ótica pela qual podemos trabalhar é justamente a de

lançá-las à problemática de quem vive em liberdade com todos os problemas e prazeres que isso pode provocar na vida de qualquer um. Essa é a tarefa que pode se desviar do processo, pensando inclusive na peculiaridade da saúde pública campineira. Como sabemos, pela via do sucateamento e do desinvestimento, a falta de recursos humanos, pode, inclusive, aniquilar grupos como este, uma vez que a gestão pública, pode, por exemplo, não investir na contratação de profissionais que estejam alinhados à proposta da circulação da loucura em espaços públicos, o cuidado em liberdade, os pressupostos da lei 10.216, a lei que sintetiza os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2001). A inexistência de recursos humanos, de formação profissional, alinhada ao que se desencadeará na baixa qualidade da oferta de serviços que não se implicam na consecução da Reforma Psiquiátrica, incorporam justamente os parênteses dos quais fala Baságlia pela voz de Amarante (2007). Assim, entende-se que o desinvestimento, é, na realidade cotidiana uma nova maneira de fechar a loucura ao isolamento, inclui-se novamente o sujeito entre parênteses, tira-lhe o direito à circulação social, grosso modo: desinveste-se de seu espaço de circulação e tratamento. Falamos deste alerta, entendendo que no final do ano de 2013, por exemplo, o grupo permaneceu sem o psicóloga da unidade, que, até então sustentava esta iniciativa, sendo realizado apenas com o psicólogo – residente que fazia no CS sua formação.

Retornando aos pontos pelos quais direciona nosso interesse, podemos perceber, ao longo deste relato, que muitas das experiências cotidianas, aquelas que modificam práticas, passam em “nós”, transformam, são proporcionadas pela maneira como no encontro com este grupo pode-se ocupar diferentes lugares como terapeuta. Uma participante, ao mencionar o efeito das trocas no grupo em sua vida, menciona como, ali naquele espaço, ela deixou de ser “a passagem de plantão”, a dipirona, a medicação, e passa a ser a pessoa que circula pelo bairro, que namora, que tem uma irmã, que pode falar de amor e dor, e que escolhe participar da vida. Além disso, explicita-se a horizontalidade na forma da condução do diálogo. Fato é que, falando sobre o cotidiano no bairro, e os cuidados que uma estrangeira (no caso a psicóloga) deverá ter com relação à violência e o tráfico de entorpecentes, acaba-se também por construir aproximações quanto aos medos e angústias de qualquer um que cotidianamente caminha pelas ruas do bairro “deles”.

Falando sobre as questões desta localidade, desta área geográfica por assim dizer, somos convocados a pensar de que território estamos falando. Para tanto

recorremos a alguns autores para que possamos escrever sobre outro espaço de troca grupal, também tão emaranhado de instituições quando o GI. Trata-se de uma oficina de culinária (OC) realizada dentro de uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Entendendo a forma como esta discussão se adensará, escolhemos então por sinalizar sobre quais territórios são estes onde se encontram estas instituições. Toda instituição é um território? Quantas instituições existem em um dispositivo grupal? Qual é a potência formativa dos espaços grupais?

### **3. 3. O prato principal: cozinha antimanicomial!**

Segundo Ribeiro (2005), ao falar de território tratamos não só de uma:

Área geográfica, mas também como rede de pessoas, instituições e relações que se estabelecem em determinada área. Território é, portanto, uma designação complexa relativa à requintada articulação entre pessoa espaços, locais, tempos, encontros, comunicações, história e tudo o mais que se possa englobar na tentativa de localizar – espacialmente – o que também poderia ser definido como um *lugar*. (grifo do autor, p. 34)

Para Monken (et al, 2008) a discussão acerca deste conceito se constrói como produção social, espaço subjetivo e amplo, mas além, incorporando o campo simbólico, cultural, e a dimensão material que deixa imergir seu campo econômico e político. A ideia de território como unidade geográfica apenas, bem como sinaliza Ribeiro no parágrafo anterior, parece perder espaço para seu caráter político e cultural. Ou seja, a unidade geográfica frente “(...) os processos sociais e ambientais transcendem esses limites” (p. 31). Carrega ainda a noção de território incorporando sua dimensão cultural, não dissociada de seu campo simbólico, nem de seu caráter material, além disso, traz também componentes econômicos e políticos. Segundo Haesbaert (2007) a noção de Território também pode estar ligada a natureza, ou melhor, com a fonte de recursos materiais do homem com seu espaço enquanto grupo social, sua territorialidade. Melhor dizendo, carrega também, neste interjogo, “relações de poder” (p. 54). Segundo o autor,

é preciso “(...) trabalhar com o território numa interação entre as múltiplas dimensões sociais”. (HAESBAERT, 2007, p. 52).

Em síntese, percebemos que os pontos elencados ao partir do conceito de território não tratam apenas do limite geográfico, tampouco sobre algum espaço definido onde se inscrevem leis e normas. Ou seja, a discussão não abarca o conceito na linha da discussão geográfica, como divisão de terras ou fonte de recursos. Os pontos que nos interessam falam, especificamente, do campo simbólico, político, cultural e social que, ao trabalhar com o território, podemos tocar como profissionais. Junto a esta riqueza, estão também, as relações de poder, fruto da interação dos jogos sociais e políticos sinalizados pelos autores citados acima.

Ao abrir este tema, abre-se também a possibilidade de discutir outro espaço formativo no percurso desta experiência de pós- formação. Em outro ponto do mesmo distrito de saúde, no mesmo município, encontra-se também uma enfermaria psiquiátrica (EPQ) em hospital geral (HG) que é parte da RAS do município. Esta compõe junto aos CAPS III, álcool e drogas (ad), ad III e infanto- juvenil; além de Serviços Residências Terapêuticos (SRT), CECCOS e equipes de saúde mental na AB, a Rede de atenção psicossocial (RAPS) do município.

A EPQ foi, durante o ano de 2014, campo para a formação de residentes contando com quatro psicólogas em formação e teve apoio de uma preceptora em campo diariamente. Falando um pouco sobre a equipe de profissionais que compõem a enfermaria, é importante dizer que no momento da entrada da residência, havia quatro terapeutas ocupacionais, duas psicólogas, além da gestão que se ocupa da EP, outros profissionais médicos residentes e médicos que se distribuem, junto a equipe de enfermeiros e técnicos, a missão de cuidar de vinte leitos, sendo dois deles para adolescentes. A maioria das internações neste espaço fechado, não é de longa duração, girando em torno de 15 – 20 dias, internando em regime fechado pessoas vinculadas ou não aos equipamentos da RAPS de Campinas. A entrada na enfermaria se dá via Serviço de Urgências Móveis (SAMU), além dos prontos socorros (PS) do município que pedem vaga via SAMU pela mediação na central de vagas. Na entrada da residência, o modelo a ser seguido ainda pensava a articulação dos casos clínicos com a RAPS/ RAS do município e tinha como pressuposto o trabalho junto aos ideais da Reforma Psiquiátrica e o cuidado humanizado baseado na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). No entanto, faz-se um alerta para o fato de que, na

medida em que algumas escolhas quanto a manejos clínicos possam ocorrer, no cotidiano dos equipamentos de saúde, observa-se que o cuidado passa a englobar o tratamento em sua face em relação a remissão de sintomas, e como terapêutica temos o tratamento medicamentoso como possibilidade para os cuidados de psicóticos e neuróticos graves. Durante a experiência na passagem por este campo, atenta-se para que a equipe de tratamento não se perca no horizonte dentro da Reforma Psiquiátrica. É importante mencionar, conforme os escritos nos parágrafos anteriores, podem surgir alguns paradoxos pelo modo como ocorre a concepção do cotidiano de trabalho. A proposta multiprofissional pode se perder, a ideia de articular os casos com a RAPS/RAS começa a se desmontar dentro da construção do modelo de cuidado, sem que seja uma escolha clínica, mas sim uma imposição por escolhas de gestão, observa-se novamente a predominância do modelo vertical e médico centrado, como explicitado por Campos (2006).

É nesta atmosfera institucional, que toca em uma equipe que resiste e tenta construir propostas à esquiwa do modelo manicomial que, apesar dos embates ideológicos dentro da instituição se dá a entrada dos residentes neste campo. Esta se dá paralelamente ao grupo de trabalhadores em suas atividades terapêuticas programadas, além das duplas que fazem a composição das “duplas de referência” que se distribuem pela articulação de cuidado de cada paciente. Uma dessas atividades, que é objeto de algumas das colocações deste relato é a Oficina de Culinária (OC). Este espaço, que a nosso ver, sintetiza muito das tensões, mas também das potencialidades, merece ser melhor descrito, para que possamos falar, bem como os apontamentos do GI, sobre formação e política.

Segundo Carrozzo (apud Onocko-Campos, 2012), ao realizar grupos com psicóticos, ofertamos também, espaços fundamentais para que estes possam construir experiências afetivas no encontro com sua subjetividade. A autora destaca que, o grupo então pode ser um lugar de passagem, no qual é possível separar coisas, esclarecer outras, de modo que ali não seja um espaço para experiências mortíferas, mas sim um lugar para reinvenções. Assim, faz o seguinte apontamento:

Outra questão que mereceria ser resgatada na clínica e explorada com psicóticos é o uso de outros mediadores que não a palavra. Desenhos, tintas, argila. . . Há coisas de que os loucos não falam. Não podem falar. Todavia, as desenham, as amassam, as vomitam. (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 110)

Há coisas que nossos pacientes não falam, mas trazem encarnadas no modo que se relacionam junto às outras pessoas. Por outra via, há, no pequeno círculo social que se forma a partir da internação em hospital geral, diversas temáticas quanto à história deste lugar, a relação com a psiquiatria, a problemática afetiva/ social destes que ali ocupam o lugar de pacientes que estão, na maioria das vezes, passando por um momento de crise. Enfim, não são poucos os pontos que podem ser discutidos, inclusive, na necessidade de analisar o *modo operandis*, às vezes bastante próximo das instituições asilares-manicomiais que este espaço surge para substituir. Mudam-se os territórios, mas os sujeitos que ali se ocupam de cuidar, estes permanecem alinhados as mesmas práticas normativas e pouco flexíveis derivadas do hospital psiquiátrico.

Ao construir este relato, nos parece que é na condução da Oficina de Culinária, entendendo que é ali que pacientes e os profissionais que conduzem a atividade podem deixar espaço para que, na linha do que sugere a autora citada (ONOCKO-CAMPOS, 2012), outras ferramentas podem ser utilizadas para que os usuários deste serviço possam se expressar. Aqui está uma das moradas desta experiência. Sabemos da riqueza que ateliês e oficinas “de fazer” podem ofertar a espaços de tratamento, segundo Lima (2004). Diversas foram às cenas em que, farinha, água, ovos, e diversos outros materiais serviram como ferramenta para que pudéssemos mediar e articular costuras quanto ao espaço de tratamento na enfermaria, assim, brincando com a proposta, tenta-se cozinhar receitas “antimanicomiais”.

Na experiência como residente, a OC vai de encontro às práticas que visam controlar o espaço, deixando-o livre de confusões e problemas quanto à demanda de cada paciente na articulação com a problemática da vida de cada um que está ali em regime de internação. A linha de cuidado hospitalar, às vezes, pede um ambiente controlado e construído sobre a égide da queixa-conduta, no entanto, nota-se a rica possibilidade ao construir outras formas de manejo clínico. Pode-se dizer, que ao realizar a oficina outras posições quanto ao manejo grupal, na construção da identidade como terapeutas, encontram solo fértil para acontecer. O medo de olhar um paciente “perigoso” com uma faca na mão, a tensão existente quando a Oficina parece não caminhar e lógico, o grupo experimentará sentimentos de frustração, são exemplos claros. As tensões com o restante da equipe que, talvez pela formação extremamente médica centrada, alinhada a preocupação com a organização do espaço, não valorizam

aquilo que aos trancos e barrancos consegue-se fazer com gente que, às vezes, já não faz “nada” produtivo há algum tempo.

Ao tocar nesta discussão, em nossa leitura, parece que, para além do espaço terapêutico e formador que ambos os espaços discutidos aqui apresentam, trazemos também sua potência em contrariar o *status-quo* existentes em hospitais que se ocupam do cuidado com relação à saúde mental, ainda bastante arraigado naquilo que Amarante chama de cultura manicomial (AMARANTE, 2007). Parece-nos que a problemática aqui é justamente inverter relações de cuidado, trazendo a experiência dos pacientes, fazendo-os circular pelo hospital, quando, com muita dificuldade consegue-se caminhar com estes até a cozinha do espaço, ou simplesmente conseguir valorizar seu pedido para a receita do dia. Pode-se dizer que, ao sustentar este espaço, sustenta-se também, o movimento de “colocar de cabeça para baixo” muito das leis e normas que regem o território simbólico e sócio cultural que invade a EPQ principalmente pelo modo que escolhemos cuidar de nossos “pacientes psiquiátricos” ao longo da História (FOUCAULT, 1979). Como bem fala Lima (2004) ao fomentar espaços para atividade podemos caminhar também “aliados as propostas de transformação institucional, ferramentas estratégicas no caminho da desinstitucionalização e da construção de novas instituições em saúde mental.” (p. 02).

A OC assume então um tom provocativo, tanto para a formação profissional quanto para o espaço de leis e normas que, as vezes mais, as vezes menos, são fundamentais para a convivência naquele espaço. Fica a pergunta, será que a ausência de espaços de cuidado em que a “confusão” de cada um possa acontecer produz algum viés terapêutico para estes que ali estão para se tratar neste território hospitalar?

Sem intenção de responder a esta pergunta, começamos a pensar em outra problemática para nossa questão. Sinalizamos no começo deste texto, e agora ao falar deste trecho de nosso relato, como alguns pontos relacionados ao cuidado em saúde, procedem a existência de trabalhadores comprometidos e alinhados a proposta da Reforma Psiquiátrica. No entanto, observa-se que em alguns pontos da RAS, quem sustenta este lugar são apenas trabalhadores “da mental”. Ao menos em nossa experiência, na maioria das vezes apenas alguns grupos de trabalhadores se ocupam em sustentar este lugar de cuidado que se alinha às políticas públicas advindas da Reforma Psiquiátrica, no entanto, nota-se, investir na atuação profissional é também um modo de formar para um modelo não manicomial. Muitas são as respostas e explicações para

que somente parte dos trabalhadores se envolvam em ações de cuidado à saúde mental. Explicações sobre a escala de funções, o excesso de trabalho, o desinvestimento na formação desses atores, dentre outros fatores. Para nós, parece especial o modo como o empobrecimento ao investir em recursos humanos vem a sucatear processos de trabalho e desinvestir profissionais do campo público de cuidado à saúde. E por isso, obviamente, enfraquecer também práticas que fazem reverberar o alerta realizado por Bleger (1989) sobre a tendência dos Grupos em se desviarem da tarefa e burocratizarem-se. Também na tarefa sobre tratar em liberdade, por uma sociedade sem manicômios, a diminuir leitos, ao abandonar estes ideais, fazemos isto: desviamo-nos da tarefa proveniente da Reforma Psiquiátrica e colocamos de volta o tal “parênteses” mencionado por Franco Baságlio.

Desviamos por muitos motivos. Segundo Dimenstein e Alverga (2006) diversos são os avanços, no entanto, são muitos também os desafios quanto ao desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Os autores sinalizam a maneira como os recursos são alocados financeiramente no SUS, as reverberações no modelo assistencial, o aumento da demanda, inclusive o aumento quanto ao uso de álcool e outras drogas, o investimento ainda que pequeno em internações em hospitais psiquiátricos. Para eles, na junção desses fatores, observamos reflexos advindos da cultura de preconceito e rejeição em relação à loucura, inclusive pela baixa abrangência, acessibilidade precária, além da, também baixa, qualificação do cuidado, diversidade de ações, dentre outros fatores presentes no cotidiano da Reforma Psiquiátrica.

Muitos são os problemas apontados pelos autores, por outro lado, estranho seria se, para falar sobre trabalho em saúde, a partir da experiência como psicólogo-residente, deixássemos apenas uma face do trabalho em voga nesta discussão. Parece-nos que outras nuances estão presentes, em outro artigo Sales e Dimenstein (2009) ao pesquisar os modos de trabalhos em saúde mental, especificamente ao falar sob a ótica dos psicólogos, estabelecem que o foco do trabalho estará alinhado a uma perspectiva particular – embora articulada com a ferramenta do profissional que é da ordem subjetiva – trata-se dos aspectos imateriais, afetivos, do movimento de criação. Por outro lado, é possível reconhecer fatores que capturam o trabalhador, deixando-os em função do cansaço e da estagnação quanto à criação de novas formas de trabalho. Para as autoras, é imprescindível a existência de espaços em que a equipe possa compartilhar

suas angustias, frustrações, receios, medos, dúvidas e inseguranças. Bezerra Junior (2004) engrossando as angustias advindas do campo do trabalho, sinaliza ainda que

“todas essas dificuldades estão marcados por uma hegemonia inédita e incontestável em uma lógica de mercado, do consumismo, do esvaziamento da ação política, do empobrecimento da cultura crítica” (BEZERRA JUNIOR, 2004).

Outros autores, como Onocko-Campos (2012) vão falar da função das Instituições. Para ela, citando Kaës, o propósito das instituições funciona também como uma forma de sustentar a vida social e também psíquica destes que estão em contato com a mesma. Ao falar sobre a problemática do trabalho em saúde, a autora afirma ser no trabalho, ao acreditar na existência de funções positivas, que podemos constituir aspectos importantes com relação à subjetividade destes atores-trabalhadores. É nesta articulação que é possível desviar-se do mal-estar no qual muitas vezes o trabalhador é convocado a ocupar. Assim: (...) os sujeitos “necessitam” identificar-se favoravelmente com a missão do estabelecimento no qual trabalham (...). (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 24)

Neste cenário, junto ao alerta blegeriano, e aos comentários sobre o desvio da tarefa, além dos apontamentos realizados por Sales e Dimenstein (2009), Dimenstein e Alverga (2006), Bezerra Junior (2004), Onocko-Campos (2012), dentre outros autores, traduzem-se o desamparo do trabalhador da saúde ao falar sobre as dificuldades em investir, inclusive psiquicamente, frente o cenário citado. Tais argumentos convocam outra pergunta a nossa experiência e que parece compor outra face do trabalho em saúde: afinal que território econômico é este? E que saída podemos apontar?

### **3. 4. Território Econômico**

Segundo Antunes (2001) a sociedade atual, nas últimas duas décadas passou por grandes transformações, tais como o neoliberalismo e a reestruturação produtiva advinda da era da acumulação flexível. Tais mudanças, diz o autor, assumem um caráter destrutivo. Segundo Campos (2007) as articulações fruto das ações neoliberais se encontram na cultura, na economia e na política como um todo. Percebe-se que não há

uma bandeira clara sobre “práticas neoliberais” atuando nas políticas públicas, o que encontramos nos discursos produzidos hoje em dia sobre a eficácia das políticas públicas está diluída de modo a caber à empresa privada a responsabilidade sobre o que é genuinamente público, como a saúde e a educação, por exemplo.

Segundo Patto (2009) pode-se ver claramente o “desmonte” velado do Estado. Para a autora, sofremos de dois males: esquecemo-nos que a história é feita de “continuidade e descontinuidade; orientam-se pela amnésia contida no conformismo, que tem como mote ‘não está tão ruim assim’”. (p. 15). Este viés, inclusive, reforça o que vemos hoje, como diz Patto, a ineficiência virou regra, principalmente em tempo de grave crise econômica. Citando Sato (2009) a lógica funciona como num “jogo de soma zero: se o superávit primário e o programa de auxílio a bancos ganham, perdem a saúde, o trabalho e a previdência social”. (p 27). Junte-se a isto o fato de que o debate público segue uma linha eleitoreira e pobre. Tudo fica na conta da inflação, do candidato eleito de forma democrática. Buscamos sempre um culpado, e, na inexistência deste, seja o trabalhador manicomial, o presidente da república, a vitória do time de futebol que não lhe agrada, permanecemos apartados da possibilidade de discutir de maneira articulada aspectos da vida política, social e subjetiva que nos forma como trabalhadores e cidadãos, usuários de serviços, estudantes, residentes. Ficamos todos submersos apenas a discutir uma só face de qualquer perspectiva de trabalho, quando não permanecemos com os dedos em riste procurando culpados pelas nossas mazelas cotidianas. Culpa de quem? Da política. Da Dilma. Do enfermeiro. Da inflação.

As considerações acerca do cenário econômico, dinâmico e a função das instituições e dos grupos, mediados pela experiência pela via do trabalho e da formação como residente, encaminham-se para que possamos discutir saídas para continuar a acreditar na possibilidade de trabalhar, cotidianamente, no Sistema de Saúde Público de nosso país. Como sinalizamos no começo deste relato no qual a Residência Multiprofissional é uma importante espaço para a questão da formação em saúde pública, menciona-se também as considerações acerca do caráter político que este profissional poderá ocupar, como bem escreve Lobato, Melchior e Baduy (2012). Parece que é na troca entre espaço formador (campo de trabalho) e os tensionamentos políticos e sociais que este trabalhador, dentro da própria IES, pode proporcionar argumentos para provocar outro território de práticas: o *modos operandi* do território de trabalho. É nas escolhas políticas que a postura do residente encarna cotidianamente

dentro dos serviços de saúde pública, partindo do coletivo político e também pedagógico que o cerca, que parece, a luz de nossa experiência fazer surgir o que Cecílio (2012) conceitua como: usuário-fabricado e usuário-fabricador. (CECILIO, 2012)

No contexto dos sistemas de saúde, Cecílio (2012) apresenta estas duas problemáticas no que se refere aos usuários dos serviços de saúde. Para ele, temos de um lado o usuário-fabricado, e por outro, o usuário-fabricador. O primeiro, sujeitoado pela medicina que se presta a massificar e homogeneizar, acaba modelado por este cotidiano. Permanece então fabricado pelos pressupostos deste sistema, em que aquele que não obedece às normas está “por fora” apresentando-se como uma “disfunção a ser corrigida” (p. 284).

Felizmente, segundo o autor, é preciso reconhecer que muitos “transgridem” a regra, e é daí que emerge o usuário-fabricador como figura viva, “cuja compreensão e reconhecimento passam a ser centrais se a proposta é a inovação na produção de práticas (...)” (p. 284). Sobre a perspectiva do trabalho no SUS o autor sinaliza ainda que no contexto micropolítico na saúde, deve ocorrer um “giro epistemológico, ético, operacional, na sua compreensão, investigação e gestão do mundo da micropolítica (...)” (p. 287). Parece-nos que, como fala Cecílio,

Temos que considerar que neste espaço [no encontro entre equipe e pessoas que procuram por cuidado] existem atores reais, os trabalhadores, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde que, ao se mover de acordo com seus saberes, suas éticas profissionais, os sentidos que dão para este extraordinário experimento social que é o SUS, movem-se produzem, inventam, resistem e configuram o cuidado que, afinal, nunca é como nós gestores, sanitaristas, pensadores, formuladores) teimamos em querer normatizar, formatar, produzir à nossa imagem e semelhança”. (CECILIO, 2012, p. 287).

Na intenção de destacar a função do usuário-fabricador dos serviços de saúde, parece-nos que a função provocativa assumida por ambos os espaços grupais apresentados aqui, bem como a própria função do residente, que, a partir da nossa experiência de formação profissional, também pode assumir sua face política-provocativa. Fechamos este relato de experiência citando a potência criativa e formadora dos espaços grupais encontrados no cotidiano dos serviços de saúde, aqui, o GI e a OC, que inclusive, são espaços para que outros usuários-fabricadores possam

surgir. Bem como outras diversas outras experiências de outros trabalhadores-residentes, trabalhadores, professores, gestores, inclusive. Será que investir na formação de *peessoas que fabricam* serviços será uma saída também?

Uma vez que nossa intenção direciona-se à formação profissional via residências multiprofissionais, apontando uma saída para um de muitos outros problemas advindos no decorrer da história do SUS, a questão da formação de recursos humanos. Aponta-se também, a maneira como podemos subverter diariamente práticas segregadoras e homogeneizadoras. De acordo com o autor citado acima, nas colocações sobre usuários-fabricados e usuários fabricantes, faz parecer que, os equipamentos de saúde, os espaços formadores, os encontros cotidianos com o território simbólico, social e cultural do qual falamos, além do campo, às vezes mortífero, nomeado como território econômico, o *modos operandi*, muitas vezes tão manicomial quanto aquilo que pertence a manicômios, deverá também, trabalhar em função da riqueza que é o SUS em termos de experimento e criação.

Às considerações, por vezes polêmicas, de que a experiência, aquela que modifica e transforma, fomentam no corpo do profissional em formação ao adentrar o SUS, traz diversos paradoxos entre criar e tratar, práticas criativas, práticas inclusivas, outro território se mostra: o território subjetivo do próprio trabalhador. Cabe aqui, assegurar que o emaranhado grupal que compõe as instituições, que como fala Onocko-Campos (2012) são linhas de base para a formação psíquica daqueles que ali, sem perceber, se inserem, e que podem, na responsabilidade com a formação e com os princípios do SUS, sustentar a vida daqueles que ali estão na função “trabalhador”, mas também filhos, mães, usuários, estudantes, doentes, sadios e uma infinidade de territórios. A partir da composição deste relato, e do emaranhado que se imbrica, cotidianamente, construí-se uma provocação como linha pétrea para a formação em saúde.

#### 4. À luz de uma conclusão?

Na partida do processo formativo o residente multiprofissional, começa um longo percurso nas instituições de saúde do município. Além disso, inicia-se também, no território formativo, que é de responsabilidade da IES, outra face do trabalho, são supervisões, aulas, encontros, congressos, espaços para se pensar o trabalho, reflexões, outros *grupos* menos formais, em que o objetivo é o encontro entre residentes, são dúvidas, angústias, frustrações e alegrias. Assim, encontram-se paradoxos. De um lado um SUS recheado de tensões que se fazem presentes no corpo de cada trabalhador. De outro, o tom professoral e supervisor, advinda da Universidade que é também um grande catalisador de experiências. Aqui então, nesta ponte, encontram-se a figura do residente. Figura esta sustentada por um certo coletivo que pode lhe proporcionar outras experimentações no contato com a Universidade, mas também com a complexidade no campo do trabalho.

Inserido na sobreposição destes dois espaços, este irá tencionar práticas, questionar, colaborar, construir, e, na lida diária, encontrará seu modo de “ser” trabalhador. Carrega ainda, como fala Abrahão e Merhy (2014) a dimensão pedagógica deste processo, além da dimensão política encarnada na figura do residente que fora apontada a partir desta experiência, assim:

(...)articular a prática do trabalho em saúde, remete ao desafio de construção de artifícios pedagógicos que reconheça a possibilidade das várias existências presentes nesse plano de produção, o qual opera no entre aluno-professor-usuário-profissional de saúde. (...) A sua relação com os saberes é oblíqua e o resultado é inesperado. (ABRAHÃO e MERHY, 2014, p. 315)

A fim de discutir a conclusão deste relato começamos por mencionar parte daquilo que não fora mencionado nesta experiência. Por exemplo, pouco tocamos na dimensão pedagógica deste processo de ensino-aprendizagem, escolhemos por não discutir a noção de clínica do cuidado com relação à saúde mental. Além disso, a fim de suportar a riqueza que ambas as iniciativas discutidas aqui podem trazer à discussão, escolhemos por não dissertar sobre o componente histórico deste processo, não discutimos as raízes da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária, ou do processo de construção da loucura, por exemplo. Contudo é importante mencionar que o residente

encarna também a história construída pelo próprio programa de residência e sua pré-história, pois se, como fala Oury (1991) a formação técnica exige uma longa reflexão e tomadas de decisão, sabemos que as decisões acerca da posição política do programa que é responsável por parte da formação também pode estar presente no modo de “ser” profissional desses atores.

Observa-se ainda, diariamente, o importante papel com relação aos processos sociais e políticos em todas as Instituições e Grupos pelos quais passa o residente. Este traz consigo uma dimensão é que da experiência, da modificação, da sensibilidade fina daquele que passa por qualquer brisa como uma haste que apenas se enverga, mas que se espera: nenhuma espada corta! (como diria Maria Bethânia em Carta de Amor). E é neste corpo-resistência que nossa atenção, direcionando-se para seu componente político, atentou-se para este relato. Ao sintetizar práticas, dar voz aos Grupos que compõe este itinerário de formação, explicitar Territórios de múltiplas faces, bem como as Instituições que lhes darão sustentação, espera-se por escrever este relato também como possibilidade de provocar fissuras nos discursos de poder e ordem dos equipamentos de saúde que sucateados e desinvestidos, ou como diria Barembliiti (1996), sobre Instituinte e Instituído<sup>2</sup>, desviam-se de sua missão, esgueirando-se à borda de seu compromisso junto a um sistema Universal, Integral e Equânime, cujo financiamento e fomentos devem ser públicos, além de se apoiar sobre três eixos: a promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Escrever/ pensar/ discutir, ou como diria Oury, “aprender a aprender (...)” (OURY, 1991, s/p), é também um caminho para este profissional. Uma rota de fuga para durezas que certamente estão neste processo, e que tomam corpo neste relato. Como diria Lopérgolo (2011), citando Deleuze, escrever é também explicitar que uma ideia não vai bem, que não se está satisfeito. É nesta tentativa que escrever é, sobretudo, um exercício contra as ideias não prontas.

---

<sup>2</sup> Para Barembliitt (1996, p.32) o “movimento de transformação constante que tende a modificar, a operar mutações, transmutações nas suas características”, como processo denominado instituinte. O resultante do processo instituinte é nomeado como instituído. Este, por sua vez, adquire características estáticas e congelantes. Segundo o autor, esta dialética é ponto central para a regulação das atividades sociais. Para que eles sejam funcionais a organização da vida social, necessariamente, “(...) têm de estar acompanhando a transformação da vida social mesma para produzir cada vez mais novos instituídos que sejam apropriados aos novos estados sociais (p. 33).

Articular, procurar, ler, provocar criações ao trabalhar, construir e planejar tarefas junto às equipes por onde passa, também constrói parte importante do percurso do profissional. Fica a dúvida se os equipamentos de saúde suportaram no sentido de dar suporte e também de tolerar a figura desta pessoa em formação, e se, em contrapartida o residente passará impunemente pelos desafios colocados pelo Grupo, as Instituições, e também os desafios e práticas que ele mesmo coloca para si.

Cotidianamente, falando sobre esta conjuntura, o profissional em formação trará suas inquietações e tensões, uma vez que estes ainda não foram engolidos pela lógica que se institui nas durezas de um SUS às vezes abandonado. Fica a dúvida, e ao mesmo tempo a eterna questão sobre a potência e o uso que se faz dos espaços grupais como componente político e pedagógico no campo formativo inerente ao SUS. Por fim, conclui-se, à luz desta experiência, quão importante é este cenário para estes atores, que constroem, mutuamente, junto aos diversos atores e seus modos de existir as linhas de força nestes percursos de pós-formação. Que podem, como diria Jean Oury (1991) trabalhar “a formação como alguma coisa da ordem de uma “modificação”. (...) modificação de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja neste trabalho”. (s/p)

## 5. Referências Bibliográficas

ABRAHAO, A. L.; MERHY, E. E.. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 49, June 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Fevereiro de 2015.

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 10, n. 20, Dec. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Fevereiro de 2015.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P; FRIGOLLO, G. (Orgs.) **A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho**. 2ª ed. São Paulo, Buenos Aires: Editora Cortez, CLACSO; 2001. p. 35-48.

ARANHA E SILVA. A. L; FONSECA, R. M. G. S. da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13. n. 3. p. 441 – 449. maio-junho. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf>  
Acesso em: Fevereiro de 2015

BAREMBLITT, G. F. Sociedades e instituições. In: **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4ª Ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1998. p. 27 – 39.

BARROS, R. B. B. de. Dispositivos em ação: O grupo. In: LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura 6**. São Paulo: Editora Hucitec. 1997. p. 183 – 191.

BARROS, R. B. de; BARROS, M. E. B. de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S; BARROS, M. E. B. de. (Orgs.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 61 – 71. (Coleção saúde coletiva)

BEZERRA JUNIOR, B. **O cuidado nos CAPS: os novos desafios**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. Disponível em: [www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsmms/media/cuidado\\_nos\\_caps.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsmms/media/cuidado_nos_caps.pdf) Acesso em: Dezembro de 2015

BLEGER, J. O Grupo como Instituições e o Grupo nas Instituições. In: KAËS, R. et al. (orgs.) **A Instituição e as Instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1989. p. 41 – 52.

BRAGA CAMPOS, F. R. **O MODELO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS MODELAGENS DE SÃO PAULO, CAMPINAS E SANTOS**. 2000. 162f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde. Lei nº 8.080**. 18 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: Dezembro de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional**

**em saúde:** experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216.** 06 de Abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm) Acesso em: Dezembro de 2011.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , n. 19, abr. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141324782002000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782002000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 01 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. de S. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, RJ : Hucitec. 2006. p. 871.

CAMPOS, G. W. de O. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2º edição. São Paulo. Ed. Hucitec. 2006a. p. 229 – 266.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12 Suplemento. p. 1865-1874. Nov. 2007. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009809.pdf> Acesso em: Dezembro de 2014.

CECÍLIO, L. C. de O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n.2. abril/junho. p. 280 – 289. 2012.

FIGUEIREDO, M. D. **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO HERMENÊUTICO-NARRATIVO SOBRE O APOIO MATRICIAL NA REDE SUS-CAMPINAS (SP)** 2006. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2006.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: **Microfísica do poder**. Org. e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. P.

GAMA, L. C. **Saúde mental na atenção básica: as relações entre subjetividade e território**. 2011. 180f. Doutorado (Tese em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo, 2011.

GOMES, V. G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. 2006. s/p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2006.

HAESBAERT, R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M. (orgs). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3ª edição. São Paulo: Lamparina. 2007. p. 43 – 71.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional: Transdisciplinaridade, Núcleo Profissional e Saúde Mental. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2012, 32 (1), 126-141. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a10> Acesso em: Fevereiro de 2015.

LIMA, E. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 59-81.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Fevereiro de 2015.

LOPÉRGOLO, A. C. D. **Uma Clínica para respirar**. 2009. 128f. Doutorado. (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo – SP, 2009.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006. 221 p. 221.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23 – 41.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e Saúde Coletiva**: interfaces. Editora Hucitec: São Paulo. 2012. 157p.

OURY, J. Itinerários de Formação. **Revue Pratique**. nº 1. Pgs. 42-50. 1991. Tradução: Jairo Golberg.

PATTO, M. H. S. Para ler as entrevistas. In: \_\_\_\_\_. (org.) **A Cidadania negada**: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 11 – 27.

RIBEIRO, A. M. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicol. USP**. São Paulo. v.16 n.4 dez. 2005. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1678-51772005000400003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1678-51772005000400003&script=sci_arttext) Acesso em: Fevereiro de 2015.

SALES, A. L. L. de F; DIMENSTEIN, M. Psicologia e Modos de Trabalho no Contexto da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília. v.29 n. 4, p. 812-827. 2009 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a12.pdf> Acesso em: Fevereiro de 2015

SATO, L. Juntando pedaços. In: PATTO, M. H. S. **A Cidadania negada:** políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p.23 – 27.

SCARCELLI, Ianni Regia; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 2, 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000200011>.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ : Hucitec. 2006. p. 531 – 562.