

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO  
AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE - EDUCASAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

**TRAVESSIAS EM SAÚDE MENTAL COLETIVA:  
CONTORNOS DE UMA FORMAÇÃO EM MOVIMENTO**

**Angela Severo Abraham**

**Orientadora Rose Teresinha da Rocha Mayer**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**ANGELA SEVERO ABRAHAM**

**TRAVESSIAS EM SAÚDE MENTAL COLETIVA:  
CONTORNOS DE UMA FORMAÇÃO EM MOVIMENTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Educação, Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva.

**Orientadora: Rose Teresinha da Rocha Mayer**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

## AGRADECIMENTOS

À doçura e à sensibilidade de meus dois grandes tesouros, Bruno e Laura, por terem me presenteado com a maternidade, por me ensinarem tanto sobre a arte de cuidar, por colorirem minha vida com encanto.

Ao meu marido Guilherme, por, após tantos anos, termos nos tornado, nos transformado um no outro, um com o outro; pelo seu desejo de ser (e por ser) o melhor pai possível para nossos filhos, pela sua enorme paciência e tolerância com meu desassossego, por sua continência, por seu amor e entrega à família que construímos.

Aos meus pais Luiz Carlos e Érica, pelo amor incondicional, pela dedicação e pelas apostas constantes.

Aos meus irmãos Alexandre e Marcelo por existirem e por saber que posso sempre contar com eles.

Aos meus queridíssimos “confrades”, que compõem minha família escolhida, pelos “querbes” cheios de afeto, de momentos prazerosos, de reflexões sobre a vida e o mundo, que sempre me tocam profundamente.

Aos colegas com quem pude vivenciar muitos movimentos e conquistas importantes em Saúde Mental e que, com suas posturas, contribuíram para minha formação, em especial: à Geneci Bertoncello, por seu compromisso e implicação com o trabalho; à Silvani Botlender, por construir e defender espaços de gestão colegiada onde fui instigada a me reconhecer como uma trabalhadora-gestora; a Carlos Pacheco e Fernando Monteiro, por me fazerem acreditar que uma outra Psiquiatria é possível; à Daniela Dias, por preservar o cuidado e o afeto com os colegas em meio ao furacão do cotidiano do trabalho; à Cristiane Lindemayer, por não cair na armadilha do “encapsulamento” e estar sempre muito atenta àquilo que conecta cada um à vida, à saúde e não à doença.

À Beatris, Terezinha, Eduardo, Adroaldo, Antônia, Juliana, Maria Belles, Bernardete, Gislaine, Rodrigo entre muitos e muitos outros verdadeiros guerreiros que, ao resistirem bravamente a tantas adversidades e a um sistema social, muitas vezes, perverso e cruel, reafirmam em mim o desejo de seguir participando da construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

À Rose Mayer, pelo privilégio que tive de “gestar e dar à luz este texto sob seus cuidados”. A sensibilidade de sua leitura e escuta e as pontuações feitas sempre com tanto zelo, de maneira tão respeitosa, acolhedora, encorajadora me ajudaram no difícil trabalho de traduzir o vivido em palavras.

À UFRGS, por ter oportunizado minha inclusão neste Curso de Especialização, que representou um divisor de águas em minha trajetória profissional.

A todos aqui mencionados, que, por terem compartilhado (ou seguirem compartilhando) momentos significativos de minha vida, me serviram de inspiração e deram condições para que eu me lançasse nesta escrita, passando todos, assim, a também fazer parte dela.

***“... é impossível que não exista uma ilha desconhecida, E vieste aqui para me pedires um barco, Sim, vim aqui pedir-te um barco, E tu quem és para que to dê, E tu quem és, para que não mo dê, Sou o rei deste reino, e os barcos do reino pertencem-me todos, Mais lhes pertencerás tu a eles do que eles a ti, Que queres dizer, perguntou o rei, inquieto, Que tu, sem eles, és nada, e que eles, sem ti, poderão sempre navegar, Às minhas ordens, com os meus pilotos e os meus marinheiros, Não te peço marinheiros nem piloto, só te peço um barco, E essa ilha desconhecida, se a encontrares, será para mim, A ti, rei, só te interessam as ilhas conhecidas, Também me interessam as desconhecidas quando deixam de o ser, Talvez essa não se deixe conhecer”.***

*José Saramago*

## RESUMO

Este trabalho apresenta a narrativa de vivências da autora em meio à Saúde Mental Coletiva, a partir da qual destaca os efeitos operados por estas vivências em suas práticas e os contornos que sua formação tem assumido. O Quadrilátero da Formação é utilizado como uma estratégia de organização do texto, na medida em que a atenção, a gestão, o ensino e o controle social perpassam o cotidiano do trabalho e se mostram determinantes da maneira como uma formação se constitui. No desenrolar do texto destaca-se que as experiências narradas são responsáveis não só por (trans)formações operadas na autora em termos profissionais, mas também em termos subjetivos, ocasionando mudanças significativas no seu modo de ser e estar na vida.

Palavras-chave: saúde mental coletiva, políticas públicas, formação, educação permanente em saúde, processos de subjetivação.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
VIVÊNCIAS TRANSFORMADORAS .....	10
QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO .....	18
Atenção.....	18
Gestão.....	23
Ensino .....	29
Controle Social .....	33
SOU NO OUTRO, SOU COM O OUTRO .....	36
DA GESTAÇÃO DE UM FILHO À GESTAÇÃO DE UMA TRABALHADORA E DE UM SUJEITO ...	38
REFERÊNCIAS .....	42

## INTRODUÇÃO

A bordo deste Curso de Especialização tive a oportunidade de revisitar e ressignificar diversos momentos e relações marcantes em minha trajetória profissional, o que acabou por despertar em mim o desejo de, nesta escrita, apresentar uma espécie de cartografia destas vivências, dos efeitos que se operaram em minhas práticas e dos contornos que minha formação tem assumido.

Neste sentido, farei uma narrativa acerca de alguns pontos representativos de minha experiência, apresentando as rotas por onde fui (e sigo) me movimentando e que têm me (trans)formado no decorrer desta travessia. Dentre estas rotas, algumas foram por mim previamente planejadas e escolhidas; outras descobri ou construí como alternativas possíveis diante das circunstâncias nas quais me encontrava; e outras, ainda, se interpuseram e simplesmente me levaram, sem que eu tivesse, por um certo tempo, condições de influir nos rumos tomados. Todas elas, no entanto, foram complementares e permitiram que eu fosse fazendo um mapeamento, que sinto a necessidade de compartilhar, no intuito de tentar contribuir na construção de novas cartas de navegação que venham a ser utilizadas por outros companheiros de viagem pelos mares da Saúde Mental Coletiva.

As questões que mais me inquietam e que me movem a escrever dizem respeito a uma série de descompassos entre discurso e prática que constato nas políticas públicas e que colocam limites significativos no que diz respeito à qualidade da atenção. Com frequência, tais descompassos também levam ao adoecimento nas relações de trabalho, sejam estas entre a macropolítica do sistema e a micropolítica da gestão cotidiana, entre os gestores e os trabalhadores, entre os trabalhadores e os usuários, entre os próprios trabalhadores, citando algumas das configurações possíveis das relações que se estabelecem entre os diferentes atores e instâncias que compõem este cenário.

Para trabalhar estas questões parto da premissa de que a formação de um profissional é determinante na maneira como vão se estabelecer os processos e as relações de trabalho, bem como estes, retroativamente, também produzem marcas e passam a delinear a formação dos profissionais. E é em decorrência disso que, ao compartilhar alguns trechos de meu percurso profissional estarei, inevitavelmente,



me ocupando de também traçar uma reflexão sobre como minha formação vem se dando.

## VIVÊNCIAS TRANSFORMADORAS

Minha inserção no universo das políticas públicas se deu de uma forma despretensiosa, sem que eu tivesse a dimensão da complexidade do trabalho com o qual me depararia como servidora pública. Inicialmente, o único anseio que de fato eu tinha era o de passar num concurso, o que, aliás, vem se tornando uma tendência entre os profissionais, que, diante da fragilidade dos vínculos empregatícios, buscam encontrar nos cargos públicos a possibilidade de adquirir algumas garantias e uma maior estabilidade no competitivo mercado de trabalho que caracteriza os nossos tempos.

Porém, conforme se davam minhas vivências, notava que estava inserida em um verdadeiro universo de práticas e saberes a ser desbravado. Quanto mais eu conhecia, quanto mais eu descobria acerca das articulações, dos bastidores, dos atores, dos dispositivos e da importância das políticas públicas, mais eu me encantava com todo este contexto e me percebia diretamente influenciada, transformada por ele.

Iniciei minha trajetória como servidora pública em um Ambulatório de Saúde Mental, onde tudo com o que me deparei era absolutamente novo para mim. Vinha de uma graduação que ainda não colocava na roda debates sobre temas como Sistema Único de Saúde – SUS -, Políticas Públicas, Reforma Psiquiátrica, Saúde Coletiva, entre outros. Trazia em minha bagagem apenas alguns instrumentos e aprendizados que me pareciam bastante úteis para uma prática clínica privada, mas que logo pude notar que não se mostravam suficientes quando transpostos da ordem do privado para a ordem do público (mais adiante também pude me dar conta de que inclusive para a clínica privada aqueles aprendizados eram insuficientes, à medida em que reconfigurava minha concepção de cuidado).

Nesta nova experiência fiz descobertas sobre uma série de aspectos: como se dava o trabalho em uma equipe multiprofissional; como acolher situações de crise; diferentes settings e dispositivos onde a clínica poderia se dar; como desenvolver uma prática em meio à precariedade de recursos e do ambiente de trabalho; as concepções de sujeito e de clínica com que lá se trabalhava e como estas se enlaçavam com o conceito de cidadania; sem contar com uma infinidade de

siglas (UBS, CRS, DAS, FAA...) <sup>1</sup> sobre as quais jamais ouvira falar e que naquele espaço circulavam como se fossem (e como se devessem ser) desde sempre conhecidas por todos.

Passados alguns meses de minha chegada no serviço, quando pensei estar começando a me apropriar melhor de todas aquelas novidades, deu-se início ao processo de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS- no município em que trabalhava. Novas siglas, então, irromperam: CAPS AD, CAPSi, APAC, PTS, PSF, SRT... <sup>2</sup>. Seguiu sem tradutores intérpretes capazes de me ajudar a decodificar aquela linguagem cheia de dialetos, que ainda não me era familiar. Apesar da função de apresentar e nomear todo este cenário não ter sido assumida por alguém, com o tempo fui sentindo-me mais segura para fazer as minhas leituras daquilo que se colocava diante de mim.

Foi, então, que passei a me aproximar das questões colocadas pela Reforma Psiquiátrica. A transição de um Ambulatório para um CAPS veio colocar em evidência as grandes diferenças que existiam entre uma proposta e outra, apresentando-me um outro paradigma de atenção e de cuidado. No CAPS, a interdisciplinaridade tornou-se condição do trabalho. Muitos princípios do SUS<sup>3</sup>, antes bastante negligenciados, passaram a ser respeitados e defendidos de uma forma mais veemente e sistemática. O acolhimento e a intervenção nas crises passaram a ser pautas constantes. O olhar para as potencialidades existentes para além dos muros do serviço tornou-se inevitável. Outras áreas do conhecimento precisaram ser buscadas na tentativa de que fossem ampliadas as condições de se lidar com a complexidade dos sujeitos atendidos e de suas demandas, na medida em que se entende a saúde como uma produção social, em que as peculiaridades imbricadas nos modos de estar na vida precisam ser consideradas. A equipe passou a recorrer muito menos às internações psiquiátricas diante de situações de crise. As reuniões de equipe transformaram-se em momentos mais potentes, nos quais os trabalhadores se mostravam com um maior protagonismo no planejamento das

---

<sup>1</sup> UBS – Unidade Básica de Saúde; CRS – Coordenadoria Regional de Saúde; DAS – Departamento de Atenção à Saúde; FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial.

<sup>2</sup> CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para usuários com problemas no uso de Álcool e Outras Drogas; CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes; APAC – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade; PTS – Plano Terapêutico Singularizado; PSF – Programa Saúde da Família; SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos.

<sup>3</sup> Descritos no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

ações. Assembleias passaram a ser organizadas, no intuito de que o protagonismo dos usuários também fosse trabalhado.

Logo em seguida, de uma forma inesperada (e hoje entendo como algo que aconteceu precocemente na minha trajetória), assumi a coordenação do CAPS no qual trabalhava. Olhar para (e participar da) construção dos processos de trabalho desde a perspectiva da gestão desencadeou uma mudança radical na forma de me posicionar nas relações estabelecidas, não só naquele momento (junto aos usuários, aos trabalhadores, aos gestores ou à rede de uma forma geral), mas também nas relações que construí posteriormente (mesmo já não estando mais na coordenação do serviço), bem como naquelas constituídas para além do mundo do trabalho. Na parte final deste texto me debruçarei com maior atenção sobre estas questões que falam das mudanças que se produziram em mim a partir de minhas vivências como trabalhadora.

Após alguns anos de estrada dos CAPS da rede onde eu trabalhava, passado, então, o momento inicial de implantação e de organização destes serviços, tive o privilégio de acompanhar a entrada de residentes em Saúde Mental Coletiva nas equipes de Saúde Mental daquele município. Fui, assim, testemunha da potência de suas presenças naquele contexto, na medida em que introduziam perguntas e problematizações importantíssimas com relação às práticas então instituídas. Os serviços aproximaram-se da Academia e as equipes foram lembradas da importância e da necessidade dos trabalhadores produzirem conhecimento e de buscarem socializar e multiplicar as experiências construídas como forma de (se) repensar e de qualificar o trabalho.

Além de contar com a presença dos residentes nos serviços de Saúde Mental daquele município, também tive a felicidade de, por um tempo, viver a experiência de ter um supervisor clínico-institucional acompanhando os processos de trabalho daquele CAPS. Comemorei imensamente esta conquista, na medida em que sabia do quanto de investimento havia sido necessário para a construção do projeto com o qual concorreremos na seleção organizada pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>. Não é algo simples se debruçar sobre um projeto desta envergadura, ocupando-se de fazer um planejamento, de revisar os objetivos do serviço, de fazer uma avaliação de como

---

<sup>4</sup> Edital de seleção de Supervisão Clínico-Institucional, lançado a partir da Portaria GM 1.174, de 07.07.2005

vínhamos trabalhando e do que ainda precisaríamos introduzir como práticas cotidianas. Mas não é só a este investimento que me refiro. Estava colocada ali também toda uma aposta, todo um desejo de que, se fôssemos contemplados com esta supervisão, conseguiríamos qualificar nossas práticas e avançar na consolidação daquele CAPS, para dar continuidade à construção da Reforma Psiquiátrica.

Os residentes, por vezes, cumpriam a função de um terceiro junto à equipe: participavam do cotidiano do trabalho, mas sua condição de passagem também lhes permitia lançar um olhar crítico para o mesmo desde um lugar de alteridade, sem serem tomados na posição de uma certa alienação, subjacente aos fenômenos grupais.

Mesmo reconhecendo esta condição dos residentes, quem, de fato, era autorizado pela equipe a exercer o papel de questionar, de implicar os trabalhadores, de introduzir uma proposta de educação permanente no serviço era o supervisor, uma vez que estava investido de uma suposição de saber da parte daqueles que o haviam escolhido para este fim. Sabíamos que o supervisor contribuiria para produzir mudanças desejadas pela equipe e em conjunto com ela.

Porém, mal este processo de supervisão havia se iniciado, quando os frutos desta intervenção ainda não estavam maduros o suficiente para serem colhidos, me deparei com a situação de que precisaria me despedir, não só daquela valiosa oportunidade, mas também daquela equipe, daquele local de trabalho e de tudo o que havia podido construir junto à equipe de Saúde Mental daquele município ao longo de oito anos. Este momento de minha trajetória produziu muitas marcas em mim, devido à maneira como aconteceu, à intensidade como eu o vivi e pelos efeitos gerados em minha prática.

De uma maneira abrupta fui surpreendida com a orientação de que deveria imediatamente ser transferida para uma outra Secretaria para que fosse cumprida uma determinação do Ministério Público. Havia no Município um serviço que não poderia seguir funcionando sem a presença de um psicólogo e a solução encontrada para tal situação foi a remoção de um profissional para este local de trabalho. Em nenhum momento foram esclarecidos de que maneira se chegou a esta solução,

nem os critérios utilizados para que eu fosse, dentre as demais alternativas então existentes, a profissional escolhida para esta remoção.

Com absoluta perplexidade pude perceber que os preceitos de cuidado que orientam as práticas do SUS não se fizeram presentes naquele momento. Tal decisão foi tomada pela gestão sem a participação e a consideração de qualquer uma das pessoas que seriam diretamente afetadas pela mesma (dentre as quais, é claro, me incluo), sem haver qualquer postura acolhedora frente ao turbilhão de sentimentos então despertados e sem ser proposto um processo para implantação desta medida.

A maneira escolhida pela gestão para que eu fosse informada sobre o que se passava foi a de propor que eu fosse até o setor de Recursos Humanos para ter notícias quanto à possibilidade de novos estagiários passarem a compor a equipe da qual eu fazia parte. Nestes moldes, então, foi o Ministério Público que “decidiu” e o setor de Recursos Humanos que “administrou” a situação.

Inicialmente pensei em fazer frente a isso, mas rapidamente acabei recuando. Temia que todo um desgaste pessoal apenas fosse postergar o momento daquela determinação ser efetivada e tornasse ainda maior o sofrimento que, então, vivia, o que não me parecia uma alternativa interessante.

Naquele momento, os registros que ficaram foram o uso de pretextos, a falta de transparência e de cuidado. Hoje percebo que possivelmente a maneira mais potente de se posicionar diante desta situação (e de muitas outras que a esta se assemelham em meio às políticas públicas) teria sido desde o lugar de um coletivo. No entanto, não me movimentei no sentido de acionar algum (seja algum coletivo já existente ou algum que ainda precisasse se constituir). Enfraquecida pelas circunstâncias daquele momento, acabei vivendo-o solitariamente. Somente agora consigo perceber que se tratou de uma escolha, aliás, que é sempre de escolhas que se trata, havendo, evidentemente, variações em termos do leque de alternativas disponíveis ou viáveis para se fazer frente ao vivido.

Como coloca Luiz Carlos Cecílio (2007, p.348)

...trata-se de assumirmos a existência desse espaço de liberdade irreduzível dos trabalhadores de saúde, produtor de sentidos que, muitas vezes, são a

reprodução de instituídos, que, afinal, parecem ir na direção oposta às propostas que julgamos inovadoras e necessárias. Por outro lado, sabemos que, se as práticas dos trabalhadores comportam sempre uma margem de liberdade, também são muito marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais. Cabe, aqui, o problema teórico, caro à sociologia, de esclarecer a relação entre uma teoria da ação e uma teoria do sistema, qual seja, de pôr em relação e integrar entre si essas duas estratégias conceituais que correm em sentidos opostos; a primeira com ênfase na liberdade e nos sentidos dados pelos atores para sua ação, a segunda, enfatizando as “macrodeterminações” sociais.

A partir do momento em que encaro os descompassos e as contradições entre discurso e prática como elementos inerentes aos processos de trabalho, também reconheço minha responsabilidade por fazer algo com estes. O processo desta escrita me oportunizou, portanto, reviver este episódio e ressignificá-lo para além dos afetos suscitados.

Deu-se ensejo, assim, à minha inserção em uma outra política pública, sem que isso jamais tivesse sido planejado e, muito menos, desejado por mim. Vivenciei esta mudança como um verdadeiro desvio de rota, com o qual, por um bom tempo, senti-me completamente sem referências e sem suportes nos quais me apoiar. Precisei, então, construir novas cartas de navegação para que minha travessia seguisse em curso.

Naquele momento, novamente, não pude contar com alguém que me apresentasse o serviço e que o contextualizasse dentro da política da qual ele fazia parte e dentro de sua história de constituição. Seguiu num movimento solitário, na medida em que, naquele local, o modo de organização do trabalho não favorecia a construção de um trabalho em equipe. Era cada um por si, sem haver nem mesmo uma ideologia ou pressupostos teóricos minimamente compartilhados, capazes de criar um certo fio condutor entre aqueles trabalhadores.

Encontrei lá alguns aspectos que também se faziam presentes em minha realidade de trabalho anterior. Pude constatar que a dificuldade dos trabalhadores se comunicarem e de fazerem pactuações não é um “privilégio” exclusivo de quem trabalha em meio às Políticas de Saúde: trata-se de um desafio de todos que trabalham com Políticas Públicas. A intersetorialidade é um universo sobre o qual muito se fala, mas que ainda é muito pouco habitado.

A maior riqueza desta experiência foi a possibilidade que tive de olhar desde outra perspectiva para o que supunha ser conhecido e, justamente devido a este reposicionamento, poder surpreender-me com uma série de descobertas, inclusive, relativas ao âmbito da saúde (de onde eu vinha) e à sua interface com as demais políticas.

Diante de tantas novidades e da falta de parceiros com quem compartilhar as questões que aquele novo trabalho me colocava, percebi que inserir-me neste Curso de Especialização seria providencial. E realmente o foi. As aulas, as leituras, os encontros, as produções que este curso me oportunizou representaram o suporte do qual eu precisava para me encorajar a seguir fazendo Saúde Mental onde eu estava e onde quer que eu estivesse.

Apropriar-me da concepção de Saúde Mental Coletiva ampliou meus horizontes como trabalhadora. Sandra Fagundes define Saúde Mental Coletiva como

O processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (Fagundes apud Fagundes, 2009, p.60).

Segundo esta autora, trata-se de uma política pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade, pluralidade. (FAGUNDES, 2009).

A ideia de pluralidade, de infinitas possibilidades de construções no âmbito do trabalho em saúde se tornou, para mim, uma das marcas principais desta experiência vinculada à Especialização. Porém, a realidade do local em que estava trabalhando colidia com os registros que este curso inscrevia em mim.

Por todo o tempo em que trabalhei afastada dos serviços de Saúde Mental fui acompanhada por uma sensação de estrangeirismo, de estar fora de lugar que me conduziu a tomar uma difícil decisão: buscar em outro município a minha reinserção na Política de Saúde Mental.

Tomada pelo desejo de que isso acontecesse (e determinada a fazer isso acontecer), apostei todas minhas fichas na tentativa de passar num concurso que



então se abria para o provimento de cargos em outra Prefeitura. E, muito mais rápido do que eu imaginava, quando me dei conta, todo este processo já havia passado (de estudo, realização de prova, resultados, convocação, nomeação...) e eu já me encontrava trabalhando, de novo, em um CAPS.

Hoje, mesmo que também encontre dificuldades para a construção do trabalho (afinal, construções coletivas nunca se dão sem tensionamentos, sem divergências, sem perdas, sem renúncias) sinto-me realizada por estar novamente envolvida com aquilo que é permeado e sustentado pelo meu desejo. E, acima de tudo, em condições de pensar o trabalho levando em consideração tudo aquilo que já pude vivenciar para que outras composições sejam possíveis nesta nova realidade de trabalho.

## QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO

É a partir destas travessias e transbordos até aqui compartilhados que pretendo destacar aquilo que entendo como descompassos e contradições que permeiam os discursos e as práticas em Saúde Mental, tendo, assim, elementos para introduzir uma reflexão acerca de como vem se dando minha formação em Saúde Mental Coletiva.

Para melhor organizar esta discussão farei uma divisão do texto em quatro pontos: a atenção, a gestão, o ensino e o controle social - elementos apresentados por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (2004, p.59) como constitutivos do “quadrilátero da formação”.

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão setorial/práticas de atenção/control social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Na medida em que estes elementos se mostram perpassados, sobrepostos, produzindo, permanentemente, efeitos uns sobre os outros, torna-se inviável definir os limites de cada um deles com precisão. Neste sentido, cabe ser pontuado que esta divisão feita a seguir só se justifica para fins de estruturação do texto.

### **Atenção**

Ainda hoje, nos serviços que se propõem a trabalhar com Saúde Mental, perduram, com maior ou menor intensidade, “cacoetes” manicomiais, restos de uma herança que atravessa a todos nós, não só enquanto trabalhadores, mas também enquanto sujeitos. As poucas décadas de Reforma e a tendência ainda marcante em nossa sociedade de produzir exclusão e de não conseguir lidar com as diferenças dão ensejo à repetição de práticas orientadas por concepções de cuidado que objetalizam os sujeitos, não os reconhecendo em sua condição desejante, não valorizando suas potencialidades.

O advento dos CAPS é um dos frutos da Reforma, que vem nos apontar o quanto mudanças nas bases do modelo de atenção podem qualificar as práticas de cuidado e, pouco a pouco, produzir uma outra forma de organização do trabalho, que também exige dos diferentes atores que dele fazem parte uma reconfiguração nos modos de se relacionar.

Com os CAPS, o compartilhamento dos saberes e a construção coletiva dos processos de trabalho tornam-se imprescindíveis. A ideia de equipes multiprofissionais, caracterizadas pelo mero agrupamento de diferentes “especialistas” num mesmo serviço, se mostra insuficiente e ultrapassada no campo da Saúde Mental Coletiva.

Gastão (2000) desenvolve os conceitos de campo e núcleo ao falar sobre a maneira como se dá a instituição dos saberes e sua organização em práticas. Ele diz: “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p.53). Na medida em que cada trabalhador se percebe pertencente a um mesmo campo de trabalho, ele precisa estabelecer trocas, acionar os demais no intuito de potencializar suas ações. Toma-se emprestado de outros núcleos outros saberes necessários para que se alcance a integralidade da atenção. A partir deste movimento, aquilo que tradicionalmente era entendido como específico e privativo de determinada categoria profissional acaba se dissipando, se pulverizando em meio ao campo de práticas e saberes em que os trabalhadores estão inseridos. Propicia-se, assim, um redimensionamento de fronteiras, que permite a organização do trabalho de forma interdisciplinar.

Acredito que muitas das críticas que comumente são direcionadas aos Ambulatórios Especializados de Saúde Mental, questionando e opondo-se à sua manutenção ou existência, se devam ao fato de que, não raro, muitos destes serviços ainda hoje são permeados por uma cultura de tratamento médico-centrado, onde as decisões relativas ao acompanhamento de um usuário são da competência quase que exclusiva da figura do médico. Manter este tipo de organização do trabalho representa, de fato, um retrocesso e, além disso, também não está em consonância com as Políticas de Saúde Mental hoje vigentes. Contudo, o que me

parece estar aqui colocado em questão não é simplesmente se os Ambulatórios devem ou não existir. O que precisa ser pautado é a maneira como estes pretendem funcionar e se inserir na rede de atenção psicossocial.

A portaria nº 3088<sup>5</sup> veio nos ajudar a ressituar este debate, na medida em que institui e define a Rede de Atenção Psicossocial a partir da perspectiva da integralidade. Ela busca que as pessoas em situação de adoecimento psíquico realmente sejam acolhidas na rede de saúde em cada um dos componentes que esta portaria apresenta<sup>6</sup>. Desta maneira, todos estes são orientados pelas mesmas diretrizes, que transversalizam todos os âmbitos e níveis de atenção em saúde. Esta portaria nos situa, portanto, a função da atenção psicossocial a ser desempenhada por todos que compõem esta rede.

Existe um equívoco ao se pensar que basta que aconteçam grupos e oficinas em um serviço para que este se configure como um CAPS e que os Ambulatórios, por outro lado, se caracterizam pela inexistência destes ou pela autossuficiência de equipes constituídas quase que exclusivamente por médicos. Os Ambulatórios nem mesmo são mencionados na referida portaria como um ponto de atenção que faça parte do componente “Atenção Psicossocial Especializada”; no entanto, estes ainda hoje subsistem e têm, portanto, a mesma responsabilidade que os demais serviços de saúde de seguir as diretrizes traçadas para o funcionamento de toda esta rede. Dentre estas diretrizes eu destacaria três que, com frequência, não são respeitadas nos Ambulatórios, que as apontam como algo que diga respeito exclusivamente ao trabalho dos CAPS. Refiro-me à proposição de que se coloque em prática “um cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar”, de que haja a “diversificação das estratégias de cuidado” e de que aconteça o “desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”.

---

<sup>5</sup> Portaria nº3088, de 23 de dezembro de 2011

<sup>6</sup> Segundo a portaria nº 3088, os componentes que constituem a Rede de Atenção Psicossocial são a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial.

Identifico hoje uma série de CAPS que seguem funcionando numa precária lógica ambulatorial, ao acompanhar usuários mais estáveis e ainda sem se ocupar com a função principal que lhes caberia cumprir. Ao invés de exercerem o papel de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, de acolherem as situações de crise, prestarem um cuidado mais intensivo, em liberdade e junto ao território dos sujeitos, alguns CAPS permitem que, não só o modelo ambulatorial tradicional, mas também o modelo manicomial de atenção seja reproduzido. Dá-se, assim, lugar a um outro tipo de institucionalização, visto que o vínculo proposto aos usuários pelo serviço os coloca numa relação de dependência, ou, no mínimo, de submissão, sendo negligenciado o trabalho de cidadania, de resgate da autonomia e de construção do protagonismo destes sujeitos. O usuário não reside nos CAPS, mas, da mesma forma que nos manicômios, por vezes, é só dentro deles que consegue encontrar um lugar no mundo.

A desinstitucionalização é uma das importantes mudanças buscadas pela Reforma Psiquiátrica. Segundo Tenório (2001a), ela consiste

em negar não a instituição “hospital psiquiátrico”, mas a instituição “doença mental”, isto é, negar a própria noção de doença mental que reduz o fenômeno da loucura a uma categoria negativa e grosseiramente simplificada... Em seu lugar, devem ser permanentemente inventadas instituições que atuem no território social como motores de sociabilidade, como intermediários de trocas sociais bloqueadas (p.122).

Os CAPS foram criados com esta missão de construir um outro lugar para a loucura, o que não é viabilizado com uma simples mudança no “endereço do tratamento”. O lugar que está colocado em questão é social e não físico.

Nos serviços substitutivos, a atenção precisa estar voltada para os sujeitos e não mais para a doença, diferentemente do que sempre se deu nos manicômios. Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.30),

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto... O Problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

O verdadeiro objeto tornou-se a existência-sofrimento do usuário em sua relação com o corpo social (Rotelli, 1990).

Já em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentou-se, entre suas deliberações, uma concepção ampliada de saúde, a partir da qual fatores como

alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, entre outros, são considerados como determinantes e condicionantes de saúde. A lei do SUS<sup>7</sup>, que tem como um de seus princípios a integralidade, veio, posteriormente a esta Conferência, reafirmar esta concepção. Porém, quando um tratamento se organiza em torno da ideia de que saúde é apenas a ausência de doença (o que ainda é bastante frequente, sendo, assim, ignorado o que já está regulamentado), estes fatores não são considerados na elaboração dos Planos Terapêuticos dos usuários, fazendo, portanto, cair por terra, o princípio da integralidade.

Na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS encontramos de forma explícita sua proposição de ser uma política que transversaliza o SUS. Nela a humanização é definida como a busca pela identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde. Busca-se, com a PNH, por “mudanças nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho” (2006, p.4). Esta política, bem como todas que compõem o SUS, também sublinha a importância de que trabalhemos com um conceito ampliado de saúde, onde quer que o cuidado se dê.

A humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e coresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 13).

No entanto, para que aconteçam processos criativos na busca pela produção de saúde, é necessário que os trabalhadores tenham disponibilidade, flexibilidade e condições para se reinventarem no cotidiano de suas práticas. E não só os trabalhadores, mas os settings e os dispositivos por onde a clínica se desenrola também precisam constantemente ser repensados, reconfigurados de acordo com as peculiaridades e circunstâncias dos casos acompanhados e das leituras macro e micropolíticas a partir das quais se engendra a saúde como produção de vida.

Dos usuários, tão frequentemente tachados como “refratários”, “resistentes ao tratamento”, “sem aderência”, não se pode exigir que assumam sozinhos o fracasso

---

<sup>7</sup> Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

do tratamento. Se eles não conseguem se movimentar através de seus planos terapêuticos, é preciso que nos perguntemos acerca do que fazer no sentido de dar condições para que o tratamento aconteça de fato. Através de uma escuta sensível é possível que sejam identificados os fatores que inviabilizam ou dificultam a participação do usuário e, assim, ser proposto um acompanhamento mais próximo, capaz de dar uma sustentação maior ao trabalho. Além disso, também se torna necessário avaliar se o que é disponibilizado e construído com o usuário é o que ele sinaliza como aquilo de que precisa, ou se as ações propostas vêm respondendo muito mais ao que o profissional entende como o melhor para ele, apartando-o, portanto, da formulação de seu plano terapêutico.

Conforme coloca Ayres (2011)

Não se pode promover integralidade sem humanização, uma vez que a identificação do leque de ações de atenção à saúde e a definição da adequada oportunidade e forma de oferecê-las, norte da integralidade, depende da ativa participação dos destinatários das ações, na plenitude de suas prerrogativas como ser humano e cidadão. Por sua vez, não é possível humanizar as práticas de saúde se não se parte do pressuposto de que a resposta às diferentes necessidades de saúde é o fundamento de qualquer proposta de inclusão emancipatória dos sujeitos nas políticas e ações de saúde.

## **Gestão**

É inadmissível ainda hoje constatarmos tamanho despreparo da grande maioria dos municípios para a organização de concursos para o provimento de cargos públicos. A começar pelos conteúdos programáticos sugeridos para as provas. Os estudos preparatórios para os concursos que fiz em nada me acrescentaram no sentido de me propiciar a construção de uma ideia que me aproximasse do contexto de trabalho no qual iria me inserir. Os conteúdos sugeridos para o cargo de psicólogo, por exemplo, costumam ser sobre teorias do desenvolvimento, psicodiagnóstico, técnicas psicoterápicas, técnicas psicométricas, nosografia psiquiátrica, entre outros, e, em termos de legislação, basicamente, o regime jurídico único dos servidores do município em questão.

Os conteúdos programáticos de uma maneira geral, ao invés de colocarem em relevo o trabalho interdisciplinar, o trabalho intersetorial, as políticas públicas, a Educação Permanente – para citar alguns exemplos de temas pertinentes ao âmbito

das políticas públicas -, valorizam quase que exclusivamente a apropriação de saberes específicos das categorias profissionais, em que os conceitos e as metodologias de trabalho sugeridos para estudo, muitas vezes, vão na contramão ou não têm utilidade alguma dentro da lógica de trabalho e do cotidiano dos serviços públicos. Tudo que está para além do “terapeuta” (com seus manuais de técnicas diagnósticas e de intervenção) e do “paciente” (com seus sintomas e/ou “doença”) não é colocado em questão, sendo negada a dimensão social destes atores e a dimensão pública do trabalho a ser desenvolvido.

Além deste aspecto relativo às provas, também é comum os serviços nem tomarem conhecimento dos processos administrativos que são colocados em andamento. Quando menos se espera, presenciavam-se movimentações nos locais de trabalho, na maioria das vezes, sem que tenha sido feito um planejamento ou um levantamento das necessidades prioritárias daquele serviço e dos demais que compõem a rede. Os pré-requisitos que costumam ser estabelecidos para a admissão não garantem (e às vezes nem mesmo sugerem) a qualificação dos trabalhadores; ou seja, a fragmentação impera ao longo de todo o processo de seleção, admissão e acompanhamento do funcionário.

Não há clareza sobre características e condições do trabalhador a ser buscado e também não existe uma preocupação com que as diretrizes do trabalho sejam explicitadas, seja por não haver uma construção muito consistente com relação a estes aspectos, seja pela dificuldade em se assumir esta função. Posicionar-se politicamente neste sentido, necessariamente implica deparar-se com dificuldades, contradições, resistências, conflitos. Omitir-se, acarreta autorizar a privatização do espaço público, na medida em que o trabalho passa a se organizar conforme melhor couber a cada um.

De uma maneira geral, ainda não se percebem movimentos em busca da implantação de Políticas de Gestão do Trabalho que se ocupem com as condições que são oferecidas ao trabalhador para que este consiga desempenhar as suas funções e para que entenda o seu trabalho como satisfatório. Cada vez mais são precarizados os vínculos de trabalho; existe um tensionamento na convivência das equipes no interior dos serviços devido às desigualdades dos contratos de trabalho (estatutários, celetistas, cooperativados, contratos emergenciais, etc...); são raros os



municípios com planos de cargos, carreiras e salários; os ambientes de trabalho costumam ser hostis e insalubres; os salários muitas vezes não são atrativos; os recursos humanos são ínfimos, se comparados à complexidade do trabalho em saúde e das demandas existentes no cenário das cidades.

Nascido na contramão da história e na contra-hegemonia que nos caracteriza, o SUS tem sido um sobrevivente valoroso e corajoso, que, em uma disputa desigual e, muitas vezes, desleal, tem sofrido derrotas contundentes e que o colocam, hoje, numa situação de enorme fragilidade e quase inviabilidade... não podemos negar os desafios impostos a cada dia, como o subfinanciamento; a privatização das ações, serviços e da gestão por meio da ingerência político partidária, de grupos e corporações organizadas; a manutenção do modelo hospitalocêntrico e médico-dependente; e a absoluta precarização nas relações e na remuneração do trabalho. Outro problema a enfrentar é a insuficiente atuação dos Conselhos de Saúde e a flagrante impunidade a compactuar, legitimar e institucionalizar todos esses equívocos estruturantes. Esses desafios exigem daqueles que têm compromisso e responsabilidades com essa conquista histórica que é o SUS medidas e ações imediatas que apontem para o resgate dos seus princípios e consequentes fortalecimento e consolidação (BRASIL, 2011, p.20).

Mario Testa fala sobre o “postulado de coerência”, a partir do qual afirma que um dos fracassos das propostas de políticas públicas de transformação é a incompatibilidade e a incoerência entre os propósitos, os métodos e a organização (Testa apud Fagundes, 2009).

Como coloca Lobosque (2003, p.178), “Uma posição coerente e cuidadosa dos gestores com relação ao que é público é de grande importância para dar sentido e lugar à ação dos trabalhadores”. A partir deste posicionamento, torna-se possível convocar o trabalhador a também posicionar-se frente às expectativas e responsabilidades sobre ele depositadas, a fazer sua escolha e a responsabilizar-se por ela. O trabalhador submete-se a um processo seletivo, mas também precisa participar ativamente da tomada de decisão sobre assumir ou não o cargo oferecido, sobre desempenhar ou não as funções que lhe competem.

Existe um imaginário construído socialmente em torno do funcionalismo público, que aponta a dimensão pública como o espaço da morosidade e, os trabalhadores, como aqueles que fazem de conta que trabalham, utilizando-se de sua condição apenas para tirar da máquina pública proveitos próprios. Inevitavelmente todas estas questões aparecem imbricadas no contexto no qual o trabalhador se insere e produzem marcas sobre ele, modulando a maneira como se constrói enquanto servidor público.

Lobosque (2003, p. 172) problematiza esta questão a partir do romance de Lima Barreto, *O triste fim de Policarpo Quaresma*. “Policarpo Quaresma, a personagem, é justamente um funcionário público que leva o Brasil a sério... que se deixa tomar pela ideia de servir o seu país acaba por enlouquecer e termina no manicômio”. E, para concluir ela faz as seguintes colocações:

Quais os bons frutos a colher das raízes do Brasil? Como oferecer aos Policarpus Quaresmas saídas que não sejam um triste fim? As paixões verdadeiras devem ter acesso a outros destinos que não os delírios; os delírios não de caber em outros lugares que não os manicômios... Os funcionários públicos podem deixar o serviço vulgar do privado para construir, coletivamente, uma identidade mais nobre (p.179).

É comum ser projetado na figura dos gestores a responsabilidade pelos problemas vividos em meio às políticas públicas. Porém, cabe aos trabalhadores também assumirem o poder que possuem – mesmo que este nem sempre seja reconhecido ou autorizado pelo seu entorno – de fazer a gestão da micropolítica de seus processos de trabalho, de produzir importantes mudanças nos mesmos e, inclusive, de construir identificações enquanto servidor público que remetam a uma imagem de potência, de movimento e de criação, no lugar da tão difamada imagem de estagnação e de falta de compromisso que lhe é socialmente atribuída.

Tive a felicidade e a sorte de, por um bom tempo, dividir meu trabalho com muitos profissionais bastante implicados e comprometidos com a coisa pública, com quem pude aprender muito e que me possibilitaram construir e vivenciar uma outra ideia acerca do que é fazer parte de uma política pública e de como é possível fazê-la operar de uma maneira ética, com seriedade e responsabilidade.

Este modo de se relacionar com (e no) trabalho era favorecido pelo compartilhamento das experiências e pela construção coletiva que então se efetivava, o que, além de produzir efeitos importantes em termos do cuidado com os usuários, acabava por retornar sobre nós mesmos, reforçando-nos enquanto coletivo.

Mehry (1997a) fala sobre a “importância do ‘autogoverno’ dos trabalhadores de saúde no interior do processo de trabalho e o lugar estratégico ocupado pela dinâmica do trabalho vivo em ato na conformação dos processos institucionais” (p.131).

Conseguíamos organizar nosso cotidiano de trabalho a partir desta perspectiva apontada pelo autor. O trabalho era sustentado por todos. Ao coordenador não era reservada a função de centralização de poder. Problematizávamos nossas práticas, sem culpabilizações, mas responsabilizando-nos por elas, o que nos colocava constantemente numa postura de análise crítica do processo de trabalho.

Porém, pude acompanhar não só todo o processo de construção e conquista desta condição de trabalho, mas também o seu processo de desmantelamento. A partir de mudanças de gestores, outros modos de conduzir a política foram encampados, colocando em colapso as equipes de Saúde Mental daquele município e a saúde dos trabalhadores. Estes, sob a alegação constante da gestão de “não terem maturidade”, não eram estimulados a se posicionar de forma crítica, sendo acolhidos e reconhecidos apenas aqueles que respondiam com docilidade. Os que faziam resistência ao que era apresentado de forma autoritária, simplesmente eram calados através de permutas de profissionais entre as equipes.

Estas passaram a se parecer com verdadeiros “Frankensteins”, em que o trabalho coletivo tornava-se quase impossível devido à precária costura que os permeava. Os trabalhadores se desconheciam devido à grande rotatividade existente entre os mesmos, seja por pedirem demissão (quando não suportavam a maneira como o processo do trabalho estava organizado), seja por imposição (quando a gestão determinava as mudanças de locais de trabalho).

Espaços de compartilhamento que antes se mostravam muito potentes, como reuniões gerais de trabalhadores e grupo de e-mails, deixaram de ser valorizados e oportunizados pela gestão. Pouco a pouco, foram saindo de cena (ou “sendo saídos”) aqueles que podiam contar sobre a história da Saúde Mental daquele município até aquele momento.

Todo este cenário ocasionou o adoecimento das relações de trabalho e de muitos trabalhadores que se sentiram verdadeiramente atropelados por um imperativo de mudanças imediatas. A urgência com que elas eram instituídas denunciava o descompasso existente entre o tempo daquela gestão e o tempo daqueles serviços e daqueles sujeitos.

Quando a gestão é tomada de uma forma privada, no sentido de um movimento personalista do gestor que assume este lugar em determinado momento político, negligencia-se o fato de estar colocada em questão uma gestão pública, necessária para operar uma política que também é pública e que, portanto, está inserida num contexto sócio-histórico que ultrapassa o tempo e o espaço de governo daquele gestor.

Há que se levar em consideração a história das pessoas e das instituições envolvidas e os processos necessários para que se construam novos modos de organização do trabalho. Afinal, via de regra, uma gestão está sempre colocada numa dimensão de temporariedade, ao passo que os trabalhadores, a princípio, são os que seguirão, lá na ponta, tocando o trabalho permanentemente. Se os trabalhadores não se sentem fazendo parte da construção do seu fazer, é pouco provável esperar que consigam dar sustentação àquilo que é vivido como sem sentido ou como se não lhes dissesse respeito.

Como bem coloca Luiz Carlos Cecílio (2007),

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomies (p.350).

Este autor, ao problematizar as relações de trabalho, apresenta o conceito de “trabalhador moral”, com o qual nos ajuda a elucidar de que maneira as relações de poder se instituem nas organizações e possibilitam o enfraquecimento do protagonismo do trabalhador.

O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto.... poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações... Utilizo o conceito de trabalhador moral... no sentido de pensar trabalhadores que estariam “moralmente comprometidos” com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula... O trabalhador moral seria, então, aquele trabalhador ideal(izado) perscrutado pelo grande olho (o “coletivo”) que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária “publicização” das

relações organizacionais.... O trabalhador moral seria, assim, um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais (CECÍLIO, 2007, p.346).

Por outro lado, este mesmo autor também pontua que o trabalhador tem sempre uma margem de liberdade e autonomia para configurar suas práticas. Seria o “autogoverno” sobre o qual fala Merhy (1997a). Destaca-se, assim, o papel ativo do trabalhador e a sua responsabilidade nos processos do trabalho. Segundo Cecílio (2007), os trabalhadores

São instituintes o tempo todo, de novas institucionalidades que não são, necessariamente, as portadas pelos conceitos que estamos tentando traduzir em novas práticas. Ou, para seguir com o que Merhy aponta com agudeza, utilizam-se de sua liberdade para reproduzir instituídos que, muitas vezes, são a reprodução de formas de se fazer o cuidado que, exatamente, pensamos em transformar (p. 347).

## **Ensino**

A partir das reflexões feitas até aqui fica evidenciada a complexidade da atenção e da gestão no âmbito das políticas públicas de Saúde Mental, mostrando-se a necessidade de que exista um investimento e de que seja, de fato, viabilizada pelos gestores e trabalhadores a implantação de processos de educação permanente em meio aos processos de trabalho.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005, p.12).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43),

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Já falei sobre uma infinidade de mudanças discursivas, culturais e práticas que precisam acontecer com relação aos modos de se conceber a loucura e de se organizar a atenção nos serviços. No entanto, quando nos encontramos em meio a coletivos, quando fazemos parte de organizações e que nos propomos a trabalhar

com o que é de domínio público, é imprescindível que possamos contar com a existência de espaços de compartilhamento e de construção das concepções que orientarão nossas práticas.

A proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005, p.14).

Quando me inseri nas políticas públicas senti muita falta de portar comigo uma bagagem capaz de subsidiar melhor minhas práticas. Nem minha graduação, nem os estudos feitos para o concurso me preparam neste sentido e, além disso, também não encontrei em meu local de trabalho uma equipe atenta aos processos de formação em serviço ou que reconhecesse a sua responsabilidade com os mesmos.

Lobosque (2003) fala de um grave descompasso entre o ensino oferecido e o ensino necessário para o trabalhador de Saúde Mental. Coloca que esta situação não se corrigirá apenas através da inclusão de novas matérias no currículo e que a presença efetiva da Saúde Mental e da Saúde Pública no âmbito da formação requer maior circulação e compromisso social da própria escola – particularmente, da universidade.

As Residências Multiprofissionais vêm cumprindo um importante papel neste sentido. Na medida em que propiciam uma formação voltada para o fortalecimento do SUS, os trabalhadores-residentes, ao se inserirem nos seus cenários de práticas, passam a colocar em evidência a diferença que se produz nas ações que são sustentadas por sujeitos posicionados politicamente e implicados de forma ética frente à coisa pública.

Com isso não estou dizendo que as Residências tenham, por si próprias, o poder de produzir sujeitos militantes. Mas acho que elas abrem espaço para o encontro daqueles que de alguma forma se veem atravessados por estas questões, potencializando a capacidade que estes trabalhadores já possuem de se posicionarem de forma crítica perante a vida.

Os residentes arejam os ambientes de trabalho através das brechas que abrem naquilo que está instituído. Frente às certezas, apresentam interrogações. Criam e inovam em meio às práticas de cuidado já caducas. Aquecem com as equipes, como afirma Lobosque (2001), o “exercício pensante” necessário para uma prática de militância. “...não há formação teórica que seja decisiva para a prática política, nem saber teórico que autorize sua direção; não existe nenhuma outra capacitação decisiva para esta prática senão o seu exercício pensante”(p. 136).

Falando sobre a formação em meio às práticas antimanicomais e sobre a necessidade de mudança na forma de se dar a aprendizagem em serviço, Lobosque (2003) refere que se trata de

... um aprender que se promove no fazer; em que fazer e aprender se alimentam mutuamente. Não nos servem aqui, portanto, os argumentos que protelam indefinidamente o começo da ação, como por exemplo, “ainda não atendemos crise nos serviços substitutivos porque não estamos preparados”. Neste novo movimento da Saúde Mental, é indispensável, sim, o preparo; mas não podemos confundi-lo com um ensaio sem fim, e sim instituí-lo numa prática viva, que se quer exercer desde já (p.176).

Existem serviços que nem mesmo reservam momentos do seu cotidiano para a realização de reuniões de equipe, espaços importantíssimos para que os trabalhadores consigam colocar em questão as suas práticas e possam compartilhar seus modos de pensar o trabalho, suas impressões, sentimentos e sensações que vão surgindo ao longo das vivências e afetações provocadas no dia-a-dia.

A efetividade desses espaços de pensar, trocar, sistematizar e organizar o trabalho dependerá do uso que delas é feito. Muitas reuniões se caracterizam por um esvaziamento generalizado, tanto pela escassa presença de trabalhadores, quanto pelo empobrecimento das pautas agendadas, dando lugar a uma mera socialização de informes burocráticos que pouco acrescentam para o andamento do trabalho. Estes momentos, na verdade, apenas fazem ecoar um silenciamento acerca das dificuldades com as quais os trabalhadores se deparam, não favorecendo o despertar do potencial de cada um para que sejam protagonistas da construção dos processos de trabalho.

Há, também, as reuniões que são marcadas por verdadeiras disputas narcísicas, nas quais o que menos se busca é o compartilhamento ou a construção coletiva. Nestas, busca-se, de fato, introduzir ideias de interesse privado, que

colocam em jogo exclusivamente aquilo que traz comodidade ou que faz sentido apenas para um, alguns ou até mesmo para a maioria, colocando, porém, em segundo plano o que convergiria com o coletivo ou com o que diria respeito à função a ser exercida pelo serviço.

Já as reuniões e espaços que colocam seu foco exclusivamente no usuário e no cumprimento das diretrizes políticas de Saúde Mental também não favorecem a qualificação do trabalho, na medida em que desconsideram as peculiaridades (limites e possibilidades) da intervenção dos trabalhadores e do contexto do qual estes fazem parte. As potencialidades dos trabalhadores e das equipes precisam ser identificadas, mas seus limites também não podem ser negados, sejam estes limites determinados por questões pessoais ou por circunstâncias do próprio trabalho.

Além de dar lugar ao planejamento, à avaliação das práticas e de proporcionar o conhecimento mútuo entre os trabalhadores (profissional e pessoalmente), as reuniões de equipe (as instituintes e as instituídas, as oficiais e as informais) assumem o importante papel de contribuir para a formação dos trabalhadores, ao permitirem que se constituam processos de aprendizagem.

Da mesma forma que gestão e atenção são indissociáveis e produzem-se reciprocamente, a maneira como uma equipe transita pela dimensão de aprendizagem estará diretamente vinculada a como estão configurados os processos de gestão e atenção dos quais participa, sendo todas estas instâncias determinadas e determinantes mutuamente.

Mas não é só nas reuniões de equipe e no âmbito das formações acadêmicas que uma formação se dá. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de saúde, se situa

como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde (p.42).

Contamos hoje com importantes fóruns de interlocução em Saúde Mental, nos mais variados formatos (grupos de e-mail, blogs, encontros de trabalhadores,



congressos, conferências, colegiados gestores...) através dos quais também temos a oportunidade de estabelecer importantes trocas e de problematizar, de pôr em questão aspectos que muitas vezes passam a ser naturalizados em nosso cotidiano de trabalho.

Porém, muitos destes não possuem o poder deliberativo necessário para o estabelecimento dos processos micro e macropolíticos. É, assim, fundamental que os trabalhadores estejam atentos a como vêm se ocupando de potencializar o controle social, como forma de fortalecer as lutas políticas que fazem parte do contexto de nossas práticas.

## **Controle Social**

Um dos grandes desafios no âmbito das políticas públicas de saúde é a efetivação do controle social, preconizado já em 1988, na Constituição Brasileira, e depois reafirmado através das leis nº 8080 e nº 8142 (ambas de 1990), como uma das diretrizes do SUS que assegura à comunidade sua participação na gestão da saúde.

Ceccim e Feuerweker (2004) sublinham que

Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde... Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (p.42).

Sabemos da importância destas leis no sentido de conferirem o estatuto de legalidade à participação da sociedade na definição dos rumos políticos a serem tomados. Porém, também é sabido que a existência de leis não significa a garantia do cumprimento das mesmas. Até porque há na nossa sociedade a predominância de uma cultura de hierarquização dos saberes, que propõe a separação: de um lado, os que detêm o saber - e, portanto, devem legislar, cuidar, ensinar -, e, de outro, os que não o detêm, cabendo a estes serem governados, cuidados e ensinados.

Mesmos nos serviços substitutivos, que foram construídos na perspectiva de se contraporem ao modelo de cuidado manicomial (que objetaliza os sujeitos), ainda

podemos identificar a tendência de muitos profissionais de saúde de não reconhecerem o saber dos usuários sobre o seu processo de adoecimento e de não o incluírem na construção de seus projetos terapêuticos, na organização dos serviços ou mesmo na produção de saúde que se engendra na cidade. As assembleias, por exemplo, que são dispositivos de controle social, com grande potência para o trabalho do protagonismo e da autonomia dos usuários, não acontecem com grande frequência, não sendo a sua organização priorizada na rotina dos serviços.

Os Conselhos Municipais de Saúde - que estão, inclusive, previstos em lei<sup>8</sup> como uma instância de participação da comunidade com poder de deliberar sobre a formulação das políticas de saúde e de controlar a execução das mesmas – via de regra caracterizam-se por uma grande fragilidade em termos de posicionamento político e de representatividade das questões apresentadas pela população em termos de saúde.

As Conferências de Saúde, que também têm caráter deliberativo, costumam acontecer sem maiores engajamentos, principalmente nos âmbitos municipais, situação que se agrava ainda mais quanto menores são os municípios organizadores. Os trabalhadores que por vezes não dão o devido valor a estas oportunidades, acabam por não imprimir criatividade às estratégias para envolver os diferentes segmentos e convocar a população a participar destes espaços.

Porém, cabe aqui ser lembrado que a participação dos usuários dos serviços é apenas uma das frentes possíveis do controle social. Esquece-se que qualquer cidadão tem o direito de se incluir na construção das políticas públicas.

Os trabalhadores, quando se envolvem com o trabalho para além do simples cumprimento de procedimentos previstos em suas categorias profissionais, quando implicados na constituição de um trabalho de equipe ou em projetos maiores como, por exemplo, a defesa do SUS, a luta antimanicomial, os direitos humanos..., a partir da sua militância, no exercício de sua cidadania, também cumprem com esta importante função de controle social. Evidencia-se, assim, a imbricação entre atenção, gestão e controle social.

---

<sup>8</sup> Lei nº 8142 /1990 de 28 de dezembro de 1990.

Mehry (1997a, p. 126) fala sobre a necessidade de ser construído

um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema. Assim, temos que primar pela “cidadanização” da assistência à saúde, construindo deste jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente.

O trabalhador não só pode como também tem a responsabilidade de produzir a implicação do usuário nos processos dos quais este faz parte. Na micropolítica do cotidiano de nosso trabalho temos condições de trabalhar com os usuários na busca de uma maior capacidade de compreensão e de intervenção sobre o mundo e sobre si mesmos.

Gastão Campos (2006) define esta ampliação da autonomia dos sujeitos como um “efeito tipicamente Paidéia”. Segundo ele, a Paidéia é

uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo... O método Paidéia, para ser realizado, depende da constituição de espaços de cogestão (cogestão definida como compartilhamento de poder) e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais (p.20).

Este método, também conhecido como método da roda, propõe-se a oportunizar a criação de espaços coletivos que possam dar lugar ao encontro de sujeitos implicados com as mudanças sociais e que nestes espaços possam acontecer pactuações quanto às verdadeiras prioridades apresentadas pelos coletivos em questão.

[Há] um compromisso do método com a democracia, ou seja, com a democratização da vida em sociedade e com uma ampla reforma dos modos de fazer política e de fazer gestão. Acena-se com a possibilidade de limitar o poder das autoridades – políticas, econômicas, disciplinares e outras – com contra-poderes oriundos da ampliação da capacidade de analisar e de intervir da maioria das pessoas (CAMPOS, 2006, p. 27).

Faz-se necessário que nosso trabalho se desenrole na perspectiva da horizontalização das relações entre gestores, trabalhadores e usuários para que os diversos atores sociais se sintam convocados, autorizados (e também se autorizem) a participar da construção efetiva das políticas públicas de saúde, dando consistência, então, ao controle social e tornando-o uma realidade.

## **SOU NO OUTRO, SOU COM O OUTRO**

Em meio aos movimentos de luta antimanicomial, falamos bastante sobre o trabalho de “inserção social”, porém muitas vezes é feita uma leitura equivocada desta questão. O louco faz parte da nossa sociedade. Ele está inserido nela, porém, não reconhecido, não valorizado. Fica colocado sobre uma linha limítrofe, sobre a qual parece cambaleiar entre um dentro e fora. Fica relegado a um certo limbo.

Pesquisando no dicionário o significado da palavra “limbo” encontrei entre outras, a seguinte definição: “Lugar onde, segundo a teologia católica posterior ao séc. XIII, se encontram as almas das crianças muito novas que, embora não tivessem alguma culpa pessoal, morreram sem o batismo que as livrasse do pecado original” (FERREIRA, 1988).

É muito simbólica esta definição, na medida em que podemos pensar o lugar do louco na nossa sociedade justamente como o de mortos vivos, de pessoas que não tiveram seus rituais de passagem pela vida, que não foram apresentados ao mundo, morrendo, muitas vezes, sem estabelecer relações que, de fato, testemunhem a sua existência.

Mais do que pensar os territórios por onde os usuários podem passar a circular (sem desconsiderar que esta também é uma função que nos compete), cabe aos trabalhadores, implicarem-se na viabilização do seu “batismo”, resgatando o termo apresentado na citação.

Inserir socialmente estes sujeitos também passa por inseri-los nos registros simbólicos da vida. E isso só acontece quando estes se deparam com o olhar, com a escuta, com a presença real de alguém que os reconheça em sua dimensão desejante, com seus limites e potencialidades, com suas aspirações, com suas necessidades... enfim, que os reconheça enquanto sujeitos.

Desde uma perspectiva psicanalítica podemos entender a constituição subjetiva como fruto da relação do sujeito com um Outro primordial totalizante, que o toma numa relação dual, sendo necessária a entrada de um elemento terceiro capaz de produzir uma ruptura nesta relação para que, assim, o sujeito possa se tornar algo diferente daquele no qual se espelhava, para que possa se singularizar. Neste sentido, toda a estruturação psíquica se organiza como uma operação de defesa frente ao Outro. E, de uma certa forma, seguimos nos constituindo vida a fora.

Talvez não em termos estruturais, mas enquanto seres capazes que somos de nos transformar, na medida em que somos no outro. Somos na relação com o outro.

Aquilo que me constitui e que faz parte de minha existência, está inscrito em mim e fala em mim - mesmo que eu não enuncie uma só palavra -, através do encontro do meu corpo com as coisas, com as pessoas, com o mundo. O que diz de minha verdade subjetiva, me transversaliza, adquire vida própria e respira em mim. É por isso que, o que chega de mim na relação ao outro, não se restringe ao que é da ordem do consciente, àquilo que quero mostrar, àquilo que quero dizer, ao que quero representar. O inconsciente está sempre à flor da pele, revelando-se, valendo-se daquilo que pulsa no sujeito para conseguir abrir os poros através dos quais permitirá que cada um se enlace socialmente e transite entre um dentro e um fora inventados, convencionados, fictícios.

São muito tênues estas fronteiras entre o eu e o outro. Se, por um lado, é esta permeabilidade que dá condições ao sujeito para se reinventar diante das circunstâncias que a vida lhe apresenta, é ela, também, muitas vezes, a responsável pela exacerbação do sofrimento daqueles que passam por experiências vividas como um verdadeiro transbordamento frente a mandatos sociais que lhes fazem exigências para além do que suas condições psíquicas conseguem suportar.

A psicanálise lacaniana nos ensina que os termos de nossa existência vêm do Outro, que nos antecede e nos fornece significantes com que nos constituiremos como sujeitos, significantes que nos determinam e em cuja dependência radical advimos. Pode-se dizer que nossa posição na existência, bem como nossa doença neurótica ou psicótica ... são modalidades de resposta à incidência do Outro... Para a psicanálise, o "psico" é o "social". Psico e social dizem respeito, ambos, à posição do sujeito diante do Outro (TENÓRIO, 2001b, p. 152).

Somente passamos a compor, de fato, um coletivo a partir do momento em que estabelecemos alguns enlaces, em que passamos a compartilhar alguns códigos comuns de linguagem que nos familiarizam com o território no qual nos inserimos, o que nos permite sair de uma condição de alienação. No entanto, esta familiaridade não se estabelece se não houver apostas, sem investimento, sem entrega e, acima de tudo, se ela não for desejada e buscada por aqueles que compõem aquela relação. Desejar que uma familiarização aconteça implica que o sujeito reconheça a sua própria falta, reconheça a sua necessidade de fazer(-se) parte.

## DA GESTAÇÃO DE UM FILHO À GESTAÇÃO DE UMA TRABALHADORA E DE UM SUJEITO

Seguindo por esta via de reflexão acerca da constituição subjetiva, que aponta para incidência inevitável do social sobre cada de um de nós, acho importante poder me ocupar um pouco aqui de como fui me constituindo como trabalhadora a partir de minha inserção no universo das políticas públicas.

Em tempo, cabe eu registrar um marco ainda não relatado neste texto, mas que, simultaneamente ao início desta trajetória que aqui compartilhei, se colocou em minha vida e que também foi vivido por mim com muita intensidade. Trata-se da minha imersão em outro universo desconhecido até então: a maternidade.

Logo após iniciar minha travessia pela Saúde Mental Coletiva descobri que estava grávida e esta gestação se deu em meio à gestação de muitas outras experiências, conceitos, relações, entendimentos... Posturas!

Ao tornar-me mãe, precisei me transformar para poder gestar, acolher, cuidar e me ocupar de um filho. Da mesma forma, ao tornar-me servidora pública, também foi preciso que eu me transformasse para me ocupar da gestão das questões colocadas pelo trabalho, do cuidado e do acolhimento dos usuários.

Dentre muitas outras intersecções que também me constituem, tenho certeza de que a intersecção destes dois universos (maternidade e políticas públicas) produziu mudanças radicais no meu modo de ser e estar na vida. E como passei a compô-los no mesmo período, não tenho como saber se algum deles exerceu influência maior do que outro sobre mim.

Confrontar-me com situações que me convocavam a lidar com o imprevisto, com o estrangeiro, com as necessidades vitais de um ser humano, com a extrema angústia, com o desamparo, com o inefável, fez com que eu me deparasse radicalmente com minha incompletude, com minha finitude.

Fui extraída de um certa cápsula protetora e alienante em função da qual não reconhecia (ou preferia negar, num certo “delírio de autonomia”) a minha condição de ser social, até então adormecida. É como se, antes, eu não percebesse o poder daquilo e daqueles que faziam parte do meu entorno de produzir efeitos constituintes

sobre mim e, também, como se não reconhecesse minha necessidade de contar com ele e de nele me amparar para existir.

Minhas experiências de cuidado enquanto trabalhadora de Saúde Mental e enquanto mãe se colocavam a dialogar a todo momento, influenciando umas às outras. Do despertar de minha condição de ser social, foi um pulo para também ser acionada a minha dimensão de sujeito político.

Mergulhada no universo nas políticas públicas, fui me dar conta da existência de um tensionamento constante entre o que é do domínio público e do domínio privado e o quanto as fronteiras entre estes domínios podem ser moduladas por processos e posicionamentos políticos.

Em situações em que me sentia convocada a me posicionar – seja em minha prática profissional, seja na escolha de um governante, seja num debate entre amigos – em defesa de algo que entendesse como de interesse público, como um direito que é (ou pelo menos deveria ser) de todos, passei a reconhecer que minhas respostas (discursivas e práticas) a estas situações eram posicionamentos políticos. Apropriei-me de meu poder político de produzir mudanças sociais e individuais, reconhecendo-me, assim, como alguém que também é responsável por estas.

Lobosque, (2001), ao traçar uma reflexão sobre os processos políticos enquanto operadores de transformações, afirma:

Partindo de uma preocupação essencial com o espaço público, [os processos políticos] fazem do público um espaço singular; recusando tanto o individualismo quanto a uniformização, funcionam no registro de uma subjetividade política... constroem uma legitimidade, na ausência de um sentido final que venha assegurá-la, e de uma autoridade que a possa garantir (p.146).

Engajar-se na construção e na busca pela consolidação das políticas públicas implica reconhecer as singularidades colocadas em questão nestes processos políticos. Torna-se necessário considerar os atores e o cenário que compõem cada cena. Os processos políticos constituem e também são constituídos por singularidades.

Lobosque (2003) fala sobre como se operam os modos de subjetivação desde uma perspectiva política.

...não se trata de oferecer o que nos sobra ou pedir o que nos falta, mas de conquistar; trata-se de tomar a palavra; de aceder à voz e ao voto; de decidir sobre as coisas que nos dizem respeito; trata-se, em suma, de uma questão de cidadania (p. 181).

Descobri que as práticas em Saúde Mental Coletiva a todo o momento disparam processos de subjetivação nos sujeitos com os quais trabalhamos, na medida em que nos lançamos na busca pela circunscrição do lugar destes sujeitos no mundo. Dedicamo-nos, assim, a um trabalho de construção de cidadania e de politização.

O surpreendente nisso tudo foi perceber o quanto estes movimentos com os quais eu me envolvia enquanto trabalhadora foram me transformando enquanto sujeito. Como refere Mehry (1997b),

...no dia a dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, como uma “máquina” permanente de produções de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades... (p.3).

Não foram os livros que li, as aulas ou os congressos dos quais participei que me (trans)formaram. Talvez estes possam ter servido como um esteio, como as vigas que fizeram com que “minha casa” se mantivesse em pé em meio a tantas “reformas”. A teoria é necessária, até mesmo para consolidar e respaldar as experiências que precisam ser publicizadas. Sem compartilhamento, sem produção de conhecimento, as experiências não saem do consumo privado, não são passíveis de reconhecimento. É como se não existissem.

Porém, é somente aquilo que é da ordem da vivência é capaz de transversalizar um sujeito. Foi no movimento vivo do meu encontro com os usuários, com as equipes, com a política, com militantes apaixonados e apaixonantes, bem como com todos aqueles que também dão sentido à minha vida, filhos, marido, familiares em geral, amigos... que fui adquirindo outros contornos.

Mehry (1997a) utiliza-se do termo “espaços intercessores” para designar

o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou (p. 132).



Esta definição se aproxima do que a Psicanálise chama de transferência. Uma relação transferencial não se constitui a partir de um encontro qualquer, a partir de um mero convívio. Ela só se estabelece se for permeada por uma suposição de saber, que leva o sujeito a endereçar ao outro aquilo que lhe interroga, que lhe coloca em questão. A transferência se funda, portanto, a partir do reconhecimento pelo sujeito de que aquilo que lhe falta, este outro, supostamente, poderá lhe suprir. Trata-se de um encontro singular em que os sujeitos envolvidos se deixam afetar por aquilo que vem do outro, produzindo-se mutuamente a partir dele.

Para além das pessoas que povoam meu cotidiano de trabalho, percebo-me transferenciada, enlaçada com a Saúde Mental Coletiva enquanto um movimento social, enquanto uma luta que é permanente, que independentemente dos atores que entram ou saem da cena política, precisa seguir sendo sustentada.

Lobosque (2001), fazendo uma reflexão acerca da possibilidade de uma experiência militante ser teorizável, afirma:

A militância, assim como a psicanálise, só se autoriza a partir do rigor de uma prática... Aqui entendemos por militância um exercício de cidadania, enquanto participação ativa em práticas que têm por objetivo uma intervenção no âmbito público. Tal exercício implica numa preocupação com as questões públicas, em ações para modificá-las... Trata-se de uma implicação pessoal no âmbito público, que exige algo daquele que se implica... não há formação teórica que seja decisiva para a prática política, nem saber teórico que autorize sua direção. (p. 135-136).

E, assim, minha (trans)formação segue acontecendo. Moviada transferencialmente pelas questões que minha prática me coloca, produzo ações, mas também sou produzida por este universo, adquirindo, então, novos contornos em termos de formação, mas, principalmente, novos contornos subjetivos.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Depoimento dado ao Boletim do LAPPIS [internet]. 2011 [acesso em: 2013 jan 23] Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/eventos/xi-cidadania-do-cuidado/174-jose-ricardo-ayres-o-cuidado-e-o-espaco-publico-na-saude.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final [internet]. 1986 [acesso em: 2013 jan 23] Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. [acesso em: 2013 jan 23]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [internet]. [acesso em: 2013 jan 23]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1174/2005, de 07 de julho de 2005. VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Supervisão de Processos de Desinstitucionalização [internet]. [acesso em: 2013 jan 23] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/super\\_desins3.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/super_desins3.pdf).

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio [internet]. 2006 [acesso em: 2013 jan 23] Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caravana nacional em defesa do SUS: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [internet]. [acesso em: 2013 jan 23]. Disponível em: [https://docs.google.com/file/d/0B\\_HpM8Lq6o5MNDUxMGI3ZTQtNzExNy00NTThiLTThhMWYtZjhhkYzY1OGU5MzZl/edit?pli=1](https://docs.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MNDUxMGI3ZTQtNzExNy00NTThiLTThhMWYtZjhhkYzY1OGU5MzZl/edit?pli=1).

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. [internet]. 2006 [acesso em: 2013 jan 23] Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r124.pdf>.

CECCIM, R.B.; Feuerwerker, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: *Physis*, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 2004, p. 41-66.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. In: *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, n.22, p.345-351, mai/ago 2007.

FAGUNDES, S. M. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Brasileira*. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1988.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MEHRY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: editora Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: editora Hucitec, 1990.

SARAMAGO, J. *O Conto da Ilha Desconhecida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001b.