

Política e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia

Monica Lima Jesus
Diego Araujo

Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA – Brasil

Resumo: Neste artigo, buscou-se compreender os sentidos e os significados produzidos pelos residentes de uma residência multiprofissional em saúde mental quando desempenham a função de facilitadores-cuidadores em oficinas/projetos que fomentam a politização do usuário e, supostamente, deles mesmos: oficina de geração de renda; reuniões técnicas do Centro de Atenção Psicossocial (Caps); projeto Grupo de Cidadania. Utilizaram-se entrevistas individuais e diário de campo. Os repertórios interpretativos foram submetidos a análise à luz das perspectivas da antropologia interpretativa e da prática discursiva e produções de sentido. Discuti-se o pressuposto da politização como tendência educativa fértil para formação de profissionais de saúde mental comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, e, particularmente, com a reforma psiquiátrica. Entendeu-se que a politização é expressa como elemento transversal da atuação/processo formativo dos residentes: como tecnologia relacional e como enfrentamento de uma cultura manicomial.

Palavras-chave: educação; saúde mental; residência não médica; tecnologia; cidadania.

Introdução

No Brasil, residências não médicas em saúde existem desde 1978 (BRASIL, 2006), embora, como uma das estratégias de qualificação de profissionais de saúde, elas tenham sido criadas com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a residência multiprofissional e em área profissional da saúde, e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a regulamentação dessas residências, instituiu a primeira comissão com o objetivo de dar início ao acompanhamento, à avaliação, criação e/ou extinção dos programas. Os desafios e impasses para a legitimação de tais residências não médicas são significativos, apesar do incentivo interministerial para ampliação dessa modalidade, inclusive em todos os hospitais federais de ensino no país, em 2010. No que diz respeito ao campo da saúde mental, o relatório desenvolvido pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, defende que a concretização dos princípios da reforma psiquiátrica passa pela implementação de políticas de desenvolvimento de recursos humanos na saúde. Esse relatório enfatiza a importância do exercício da ética profissional e a construção de um novo trabalhador, mais sensível às diferentes dimensões do cuidado, em detrimento da valorização da especialização exacerbada comum aos processos hegemônicos de trabalho em saúde.

Destacam-se alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem multiprofissional em contextos concretos do Sistema Único de Saúde (SUS): falta de diálogo entre futu-

ros preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive para a produção de conhecimento a partir de pesquisas sobre as temáticas relevantes ao contexto de prática-aprendizagem; falta de professores com perfil e disponibilidade para a tutoria (BRASIL, 2006).

Percebe-se a escassez de estudos sistemáticos que possam contribuir para a compreensão dessas modalidades para a consolidação das políticas de reordenação de formação de recursos humanos para a área da saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Entre os trabalhos mais significativos da última década que abordam a temática da residência não médica destacam-se aqueles que analisam as contradições e os conflitos inerentes ao processo de institucionalização da residência multiprofissional, que apontam que tal modalidade de especialização pode contribuir para a construção das mudanças necessárias na produção de serviços de saúde, que têm potencial para fomentar a integralidade da saúde a partir da articulação serviço e espaços acadêmicos, e que podem favorecer a reorganização do processo de trabalho em saúde, constituindo um incentivo concreto para o trabalho coletivo, com tendência mais interdisciplinar e intersetorial (DALLEGRAVE, 2008; SIMONI, 2007; CECCIM, 2009; BRASIL, 2006).

Este artigo é um dos resultados da pesquisa intitulada *Ensino em Serviço e cuidado em saúde mental: um estudo etnográfico sobre uma residência multiprofissional, na Bahia*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) (LIMA, 2008-2009). A partir do acompanhamento do cotidiano de aprendizagem-trabalho dos residentes, mais uma questão se impôs:

Quais sentidos e significados são produzidos pelos residentes sobre e quando desempenham a função de facilitadores-cuidadores em oficinas de geração de renda e do Grupo de Cidadania e participam de reuniões técnicas do Centro de Atenção Psicossocial (Caps)?.

Partiu-se do pressuposto de que, por meio das ações desenvolvidas pelos residentes para o cuidado dos usuários, eles promoviam a identificação, discussão e organização de soluções dos problemas enfrentados cotidianamente pelos últimos, e, supostamente, tais ações os tornavam mais próximos de uma atuação/formação de enfrentamento da cultura manicomial.

Rotulou-se esse processo de politização na formação em serviço, incentivado, particularmente na observação do Grupo de Cidadania. Politização, segundo o *Moderno Dicionário de Língua Portuguesa* (MICHAELIS, 1998), corresponde ao ato ou efeito de politizar (formar consciência de direitos e deveres políticos). Utilizou-se politização para além dessas acepções, a fim de sinalizar uma tendência educativa para a formação de residentes, na medida em que esta venha a instaurar novas maneiras de cuidado e organização do processo de trabalho.

Do ponto de vista empírico, diz respeito ao processo de busca de transformação de relações pessoais, sociais e técnico-institucionais, dentro e fora do Caps, suplantando a cultura manicomial em direção aos princípios da desinstitucionalização da saúde mental. Portanto, supõe-se que as atividades organizadas e gestadas entre residentes, usuários e demais técnicos de saúde mental podem aumentar o poder contratual e a autonomia dos usuários (TIKANORY, 2001). Por sua vez, no caso dos residentes, considerando o lugar

complexo que ocupam no cotidiano do trabalho em serviço com a finalidade de aprender um modelo diferente de cuidado que requer as transformações já citadas, espera-se que superem o “desejo manicomial” (MACHADO apud ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006), particularmente, pelo uso de tecnologias leves (MERHY, 1999).

Do ponto de vista teórico, é preciso ressaltar que o termo politização tenta sinalizar que o cuidado em saúde mental deve buscar o aumento do poder contratual dos usuários dos Caps. O poder contratual é entendido como ação que pode restituir e redimensionar a troca de bens, de mensagens e de afetos, considerando, no caso dos loucos, que ele se encontra rarefeito (TIKANORY, 2001) – um “poder anulado” ou “negativizado” –, o que significa que aquele que sofre com transtornos mentais passa a ter existência apenas na sua dimensão de doente mental, portanto não cidadão. Merhy (1999), ao problematizar o trabalho em saúde, propõe a diferenciação de três tipos de tecnologia:

- Dura: reflete o conjunto das intervenções assistenciais que contam com instrumentos específicos (no caso da saúde mental, tomografias, ressonâncias magnéticas, contenção química, física etc.).
- Levedura: alicerçada pelos vários saberes profissionais estruturados, (clínicas psiquiátrica, psicológica, da enfermagem, do serviço social etc.).

De acordo com Merhy (1999, p. 307), as tecnologias leveduras e leves são, respectivamente:

[...] leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Na tecnologia leve, há “um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações” (MERHY, 1999, p. 308). Em modalidades de capacitação em saúde mental, há a expectativa de que elas favoreçam um novo cuidado dos usuários e uma formação compatível com as exigências dos modelos substitutivos em saúde mental.

Método

A residência multiprofissional que foi objeto do presente estudo tem como objetivo capacitar profissionais de saúde mediante a formação em serviço, para uma intervenção interdisciplinar de caráter crítico, investigativo, criativo e propositivo no âmbito técnico, político, de gestão, ético e estético no campo da saúde mental. Ela foi implantada em 2008, com 15 residentes (três enfermeiros, três terapeutas ocupacionais, três psicólogos, dois assistentes sociais, dois educadores físicos e dois cientistas sociais).

Os residentes formavam quatro subgrupos multiprofissionais. Cada equipe era composta por três ou quatro residentes de diferentes categorias, que permaneciam nessa subdivisão durante os dois anos da residência. Os grupos multiprofissionais da residência desenvolviam ações em quatro cenários diferentes de prática-aprendizagem da rede pública de saúde mental de Salvador, um hospital psiquiátrico – que foi substituído por um

Centro de Atenção Psicossocial de Saúde Mental (Caps II) ainda no segundo semestre de 2008 – e os CAPSad, CAPSi, Caps II, em sistema de rodízio (a cada seis meses mudavam de serviço), com carga horária semanal de 60 horas (80% delas em atividades práticas e 20% em aulas teóricas). Os residentes foram acompanhados individualmente por tutores dos seus respectivos núcleos profissionais e, institucionalmente, nos cenários de prática-aprendizagem, por preceptores profissionais dos serviços de saúde mental.

Utilizaram-se técnicas de coleta de dados, entre 2008 e 2009. Aplicou-se um questionário profissiográfico com o intuito de identificar objetivamente as características acadêmico-profissionais dos residentes. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e individuais com todos os 15 residentes, enfocando as suas trajetórias acadêmico-profissionais, particularmente, o relato das atividades realizadas nos cenários de prática-aprendizagem com detalhamento dos casos concretos acompanhados, bem como as estratégias pedagógicas utilizadas na residência (tutoria e aulas teóricas). Realizou-se ainda uma entrevista com a coordenação do programa e um grupo focal com todos os seis tutores da residência. Todos os envolvidos na residência contatados aceitaram participar da pesquisa, no total de 22 sujeitos.

Para cumprir mais especificamente o objetivo do presente estudo, utilizaram-se também os dados coletados a partir do acompanhamento de uma das equipes de residentes – assistente social, psicóloga, educadora física e terapeuta ocupacional – no Caps II em suas atividades internas, particularmente, as reuniões técnicas do Caps, oficina de geração de renda e grupo de cidadania, e algumas externas no território, por meio de observação participante, com elaboração de diários de campo. Por fim, realizaram-se entrevistas com dois dos quatro residentes recém-egressos – assistente social e terapeuta ocupacional – que estiveram vinculados às atividades supracitadas. Após a coleta, os dados foram indexados ao N-Vivo Nudist.

Do ponto de vista da fundamentação teórica da análise dos dados, entende-se que as interações dos residentes com os usuários, profissionais, tutores e entre si, nos espaços cotidianos dos cenários de prática-aprendizagem, podem ser analisadas como esforços continuados de produção de sentido em processos ativos e interativos; produção de sentido que retoma conhecimentos do imaginário social e produz reinterpretações à luz das situações concretas vivenciadas, no aqui-agora (SPINK, 2000). No trabalho de campo, foi usado o recurso de diversidade de técnicas de coleta de dados, particularmente aquelas que são sensíveis ao registro dos repertórios interpretativos. Isto é, o “conjunto de termos, lugares-comuns e descrições usados em construções gramaticais estilísticas” (SPINK, 2000, p. 37) que ocorrem nos cenários de prática-aprendizagem. Nessa orientação, os sentidos construídos pelos residentes acompanhados são buscados “através da não-regularidade e da polissemia (diversidade) das práticas discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2000, p. 44). Essa perspectiva envolve em sua análise as “maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações cotidianas” (SPINK, 2000, p. 45).

Compartilha-se com Spink (2000, p. 45) que as práticas discursivas “remetem aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, correspondem aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade”. Outro desdobramento da importância de destacar o posicionamento de cada um dos sujeitos da pesquisa na análise dos seus discursos diz respeito ao fato de que a

[...] força constitutiva das práticas discursivas está em poder prover posições de pessoa: uma posição incorpora repertórios interpretativos, assim como uma localização num jogo de relações inevitavelmente permeado por relações de poder (SPINK, 2000, p. 56).

O registro em diário de campo e as transcrições das entrevistas possibilitaram a leitura e reflexão, a partir da identificação de categorias empíricas que se tornam analíticas, próprias da interpretação de segundo nível. Inscrever a ação (fixação do significado em alguma forma de registro) possibilita a passagem da mera descrição dos fatos e modelos explicativos nativos para a elaboração de uma interpretação do pesquisador (GEERTZ, 1989). A descrição etnográfica é interpretativa e microscópica. O que se interpreta é a fluidez do discurso social, buscando salvar o “dito”, evitando assim a sua extinção e fixando-o em formas pesquisáveis. O sentido atribuído à característica microscópica da descrição autoriza a ressalva de que “interpretações mais amplas e análises mais abstratas” surgem de “um conhecimento muito extensivo de assuntos extremamente pequenos” (GEERTZ, 1989, p. 31). Nessa perspectiva, estudou-se a formação pelo trabalho dos residentes, buscando o alinhamento entre os dizeres produzidos na interação cotidiana dos residentes-usuários, residentes-residentes, residentes-tutores e os ditos sobre eles *a posteriori*. Considerou-se a força da experiência vivenciada, ressaltando a possibilidade de acessar os significados da experiência por meio da inspiração etnográfica, com o propósito de compreender como os residentes constroem os sentidos e significados de suas atividades de cuidado nos cenários de prática-aprendizagem.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia (IPS/UFBA), garantindo aos participantes o direito de conhecer os procedimentos de coleta e análise de dados, além de anonimato e sigilo. As entrevistas foram gravadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Inicialmente será descrita a dinâmica dos encontros entre residentes, usuários e demais técnicos de saúde mental na oficina de geração de renda, nas reuniões técnicas do Caps e no Grupo de Cidadania. No segundo momento, apresentam-se os dados sobre a politização e discussões que a problematizam como tendência educativa fértil para formação de profissionais de saúde mental em duas direções: tecnologia relacional e enfrentamento de uma cultura manicomial.

Oficina de geração de renda

A oficina de geração de renda, que foi acompanhada durante quatro encontros, conta com um grupo formado – na passagem da segunda equipe de residentes – por cinco usuárias, duas arte-educadoras/oficineiras, além de uma residente de psicologia. O grupo, inicialmente criado para que as pessoas pudessem transformar suas habilidades pessoais em fonte de renda, era desenvolvido semanalmente no Caps, com apoio técnico para a produção de artesanatos. Todas as usuárias trabalham na produção, divulgação e comercialização dos produtos, que são vendidos no Caps e no território de abrangência.

Uma das usuárias é responsável pela arrecadação do dinheiro das vendas, parte dele é revertido em materiais para confecção de novos produtos e outra parte é distribuída entre as usuárias. Tratava-se de uma remuneração simbólica, considerando o caráter inicial do empreendimento.

As oficinas (profissionais contratadas no Caps) são responsáveis pela dinâmica da oficina: apresentam os modelos, ensinam técnicas e participam da produção, além de realizarem a compra do material para as bijuterias e enfeites. Por sua vez, o papel do residente, além de produzir junto com o grupo, tem um caráter terapêutico: dar suporte emocional quando há demandas, realizar reflexões a respeito de como cada usuária se desenvolve dentro do grupo e enfatizar a importância do pertencimento a um grupo, da convivência e da comunicação com o outro. A oficina parece exercer uma função primordial, tanto como elemento terapêutico quanto como promotora de reinserção social, por meio de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda, elevação da autoestima e o estímulo à autonomia do sujeito.

Reuniões técnicas

Nas reuniões técnicas, participam a coordenação, todos profissionais de níveis superior e médio, o pessoal da manutenção e a equipe multiprofissional de residentes que compõem o Caps (uma média de 18 pessoas por encontro). É também um espaço político de discussão, problematização, planejamento e negociação entre as pessoas que trabalham no Caps. Nesses espaços, abordam-se a programação do Caps, as atividades que serão realizadas, o quadro dos plantões, a programação das visitas domiciliares, a proposição de novos dispositivos terapêuticos, o controle da alimentação e dos medicamentos, e a situação particular de alguns usuários. Percebeu-se que, durante as quatro reuniões técnicas observadas, as residentes não apresentavam o mesmo poder de decisão que os profissionais do serviço e muitas vezes não conseguiam expor suas sugestões acerca de questões mais amplas da dinâmica institucional, ficando sua participação restrita ao relato de casos clínicos e à sinalização de reivindicações em favor do cuidado dos usuários. Pôde-se perceber, no entanto, que as residentes funcionavam como porta-vozes dos usuários na instituição.

Assim, logo que a gente chegou, que era outra coordenação ainda, ela [reunião técnica] tinha assim dois momentos, a proposta era dela ter dois momentos assim, um momento das discussões, das questões mesmo administrativas e outra de discussões mesmo de casos clínicos, né? Com essa questão desse problema todo de quem fica, saída de coordenação, se municipaliza, isso se perdeu e aí toda discussão ficou em torno dessas discussões políticas e tal, e aí a gente já chegou se inserindo, a gente sempre era ouvido, sempre foi colocado pra gente um espaço de participar, a gente sempre participante assim, e aí enfim, aí com a saída da coordenação, a gente ficou um tempo sem coordenação, as reuniões meio que foram tentando manter a coisa desses dois momentos da discussão, administrativa e discussão técnica, e a gente sempre participando, continuando contribuindo, questionando algumas coisas, buscando compreender outras e tal e aí. Aí pronto, aí chega essa coordenadora aí, de uma certa forma, eu acho que todo mundo meio que se calou por conta da postura dela mesmo, então a gente também se calou bastante, né? Enfim, porque é difícil manter um diálogo, sempre meio que desqualifica, meio, um pouco, o que o outro traz, e, também, eu mesmo tenho tido vontade de falar o quê? Então teve uma relação que meio assim todas as pessoas meio

que se calaram e a residência também se calou, a gente também meio que se calou um pouco, mas a gente fala quando tá chegando o limite, a gente fala mesmo, mas é difícil (R13/TO).

Como destacado nessa narrativa de uma residente de outro grupo multiprofissional, que não aquele acompanhado em observação participante, percebe-se que as reuniões técnicas são cenários de conflitos e disputa de poder entre os profissionais e os residentes, num clima de tensões institucionais difíceis de superar.

Grupo de Cidadania

A terceira atividade acompanhada foi o Grupo de Cidadania, cujo objetivo era organizar politicamente os envolvidos na perspectiva de restituir a cidadania dos usuários. Esse grupo era composto por oito usuários com participação permanente, um familiar, duas residentes – uma assistente social e uma terapeuta ocupacional – e um profissional de nível superior do Caps. O número de participantes oscilava, pois tratava-se de um espaço aberto e não havia cobrança de presença. No entanto, a frequência era satisfatória em encontros semanais, em uma sala da instituição. Nesse grupo, protagonizado pelos usuários, discutiam-se questões relacionadas à cidadania, como direitos, responsabilidades, saúde, seguridade social, relações com a comunidade e políticas públicas. As temáticas eram sempre sugeridas pelos usuários – o grupo opera a partir de uma pauta gerada no encontro anterior. O papel das residentes era mediar o diálogo, fazer intervenções pontuais, sobretudo para aprofundar o debate e garantir a circulação da palavra e o respeito com os discursos de todos os participantes.

O Grupo de Cidadania foi uma iniciativa da segunda equipe de residentes no referido Caps, que institucionalizou um espaço de encontro daqueles usuários que desejavam reivindicar. Houve uma convergência em relação à vontade de produzir e requerer direitos dos usuários com a disposição e abertura dos residentes em promover novos dispositivos técnico-assistenciais em saúde mental. Percebeu-se que houve maior trânsito comunicativo entre profissionais e usuários, e sensibilização de profissionais às reivindicações dos usuários. No Caps, foi organizado e realizado pelos usuários, com apoio dos demais envolvidos no grupo, um seminário na Semana da Luta Antimanicomial (em outubro de 2009). Além disso, iniciou-se o processo de formalização do grupo em associação, tendo como ponto de partida a elaboração do estatuto.

No grupo, a função assumida pelas residentes era provocativa e questionadora em relação aos direitos dos usuários, conforme aponta uma residente-assistente social:

E aí eu pensei de que forma trazer isso [benefício de prestação continuada – BPC] que não fosse uma forma só daquela coisa bancária, de qualificar: eu dou, você recebe. Mas de fazer com que ele refletisse sobre isso e discutisse [...] a gente fez várias perguntas provocativas, tipo: “Todo mundo tem direito ao BPC?” (R10/SSO).

Essa tendência de promover a reflexão foi observada em muitos momentos no grupo e também narrada por outras residentes na entrevistas semiestruturadas. O Grupo de Cidadania constituiu-se no esforço de representar aqueles que legalmente não poderiam se re-

presentar, já que, segundo o Código Civil, eles estariam incapazes de exercer os atos da vida civil (SOUZA, 2001). Esse grupo pode ser considerado, dentro do quadro geral dos movimentos de usuários e familiares que existem em âmbito internacional, e mais recentemente no Brasil, como uma das iniciativas de ajuda mútua, suporte mútuo, defesa de direitos, transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade, participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla (VASCONCELOS, 2001). Nesse grupo, as temáticas discutidas eram trazidas pelos usuários, conforme suas necessidades. A partir disso, as residentes exerciam a função de facilitadoras/cuidadoras, aglutinando as temáticas sob o eixo ordenador do controle social. A função delas era desenvolver uma “consciência cidadã”, colocando os usuários a par dos dispositivos burocráticos e políticos que gerenciam o funcionamento do Estado, o conhecimento de suas responsabilidades e direitos, bem como o meio para usufruí-los, provendo a autonomia, o aumento do poder contratual. No geral, era incentivado o exercício da cidadania em lugar da tutela. Segundo as residentes, o papel nesse dispositivo era instrumentalizar jurídica e teoricamente a mobilização dos usuários, inserindo essa mobilização no quadro geral das lutas sociais como aquelas que construíram as reformas sanitária e psiquiátrica.

É importante destacar que as residentes acreditam que a prática que desenvolvem no Grupo de Cidadania não deveria ser “bancária”, ou seja, aquela que percebe o outro como depósito de conhecimento, e sim como uma prática que visa à reflexão sobre aquilo que se aprende: uma “educação problematizadora” (FREIRE, 1987). A adoção da educação problematizadora e do cuidado em saúde mental fomentou algumas questões fundamentais nesses encontros:

- Que lugar as pessoas com transtorno mental ocupam na sociedade?
- Quais são as representações em torno delas?
- Quem tem direito à assistência?
- Por que essas pessoas têm direito e quais as implicações disso?
- Qual é o papel do Caps?
- Que responsabilidades o usuário tem para com o seu processo de saúde?

Essas questões, presentes nos repertórios interpretativos das residentes quando exerciam tais atividades ou quando refletiam sobre elas a partir do convite para participar da presente pesquisa, inspiram reflexões com as contribuições de Merhy (s.d.) e Gadotti (1998), relacionando o ato de cuidado ao ato pedagógico. O ato de cuidado é a finalidade de todo e qualquer trabalho em saúde. É fruto do encontro entre usuário e trabalhador da saúde, havendo tensa relação tutelar e libertadora, como num jogo, quando o usuário se coloca “como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida” (MERHY, s.d., p. 5). Por sua vez, o ato pedagógico “é uma ação do homem sobre o homem para juntos construírem uma sociedade com melhores chances de todos os homens serem mais felizes” (GADOTTI, 1998, p. 81). De acordo com a definição de Gadotti (1998), o ato pedagógico é uma ação que não consiste em comunicar o mundo, mas criar dialogicamente um conhecimento do mundo, isto é, apostar que o diálogo pode proporcionar a integração com a realidade e a tomada de consciência sobre esta, conduzindo, quiçá, a

uma práxis na realidade opressora para desnudá-la e transformá-la. Dessa maneira, pode-se entender a produção dos atos cuidadores, a partir do Grupo de Cidadania, como produção de atos pedagógicos, pois procuravam promover, por meio da educação e da relação dialética com a realidade, progressivos patamares de autonomia para os usuários.

Política como tendência educativa para formação em saúde mental

Organizar os dados em mais dois aspectos esclarece o desenvolvimento do referido processo de política como elemento transversal da atuação/processo formativo dos residentes: 1. tecnologia relacional, e 2. enfrentamento da cultura manicomial. Como tecnologia relacional, a política pode se apresentar em dois âmbitos: como desenvolvimento de habilidades de negociação e tolerância tanto para com os profissionais dos serviços de saúde como para com os usuários da saúde mental. A residente de psicologia destaca como um dos grandes desafios na saúde mental a capacidade de negociação dos procedimentos de cuidado e organização das atividades no interior dos serviços substitutivos.

[...] eu acho que é esse trabalho mesmo em equipe, de tá sabendo ceder, né?, eu acho importante de tá sabendo ceder nas discussões, tentar negociar eu acho que é uma coisa que a gente vai conseguir mesmo desenvolver bem aqui [sorri], a gente já vem conseguindo (R4/PSI).

Percebeu-se que tal habilidade também é destacada pelos residentes como uma competência relacionada com a capacidade de ceder e de ser tolerante com os profissionais de saúde e mediar os conflitos, tarefa que pode ser mais difícil que as tarefas desenvolvidas junto aos usuários. A necessidade de desenvolver tal habilidade é notória nos repertórios interpretativos das residentes, porque há alguns profissionais que se relacionam de modo autoritário, que boicotam o trabalho dos residentes, que não aceitam as formas de atuação que os residentes implantam com sua inserção no contexto de trabalho, às vezes, ditado por um modo de funcionar muito diferente do seu modo de operar o processo de trabalho.

[...] assim, mas porque são pessoas que estão sempre questionando o fazer, são pessoas críticas do seu fazer, né?, assim. E aí essas pessoas se chegaram muito mais fácil, é muito mais fácil o diálogo, é muito mais fácil trabalhar junto, então a gente tem uma boa relação com uma parte do grupo do Caps, a outra parte do grupo a gente tem uma relação cordial mesmo: "Oi, tudo bem". Ou então: "Bom dia, bom dia". Conversa quando dá, pontualmente, né? Com alguns assim, é, mais, é um pouco difícil, às vezes, a gente se sente, às vezes, rola meio que um boicote assim: se vai tomar meu paciente, sabe assim alguma coisa assim, ou você vai fazer esse trabalho aí de rua. Visita? Só quem faz visita é residente, não, todo mundo faz visita, né? A gente faz também, e tal! Então, assim tem alguns conflitos, né? Assim, mas de uma certa forma, a gente tenta mediar (R13/TO).

Eu acho que é muito mais trabalhoso, mais pesado, trabalhar em equipe no serviço do que trabalhar com usuário portador de transtorno mental. Então, as relações são muito complicadas, sabe? Lidar com colega

de trabalho está sendo mais complicado, não colega residente, mas colega de serviço em geral e residente, às vezes. Mas as relações, o lidar com o outro, terei um olhar [ao final da formação] muito melhor (R8/ENF).

[...] se ele [usuário do CAPSia] pega os óculos de uma pessoa, aí vêm os profissionais daqui que criticavam a minha postura e de outros profissionais e falam: “Devolva agora, não sei que lá”!. A gente tentava negociar com ele: “Ah, você pegou isso? Por que você pegou isso, você gosta? Você pegou sem pedir?”. Então, negociava, contextualizava, conversava, inseria aquilo, e às vezes, de um ato de pegar os óculos, a gente entrava em coisas bem... Que eram realmente que tavam afetando ele (R1/PSI).

A defesa de tecnologias leves, além das leve-duras e duras (MERHY, 1999), como uma aposta para a reorganização do trabalho na gestão e no cuidado, merece ser resgatada aqui mais uma vez para reforçar a importância do desenvolvimento de tais habilidades na formação dos residentes, pois a produção do cuidado “envolve uma dimensão técnica, dos recursos e das habilidades necessários para a cura, mas envolve também uma dimensão relacional, de como lidar com cada paciente em suas singularidades” (SILVA; RAPOSO; OSORIO, 2010, p. 98).

Fica ainda mais evidente que, para haver politização dos residentes concernente aos princípios da reforma psiquiátrica – no sentido antimanicomial –, é necessária a devida atenção ao enfrentamento das formas culturais sedimentadas de cuidar na saúde mental. Os modelos substitutivos impõem, no cotidiano do trabalho em saúde, a superação do “desejo manicomial”, que muitas vezes está na cultura organizacional, portanto nas atitudes das pessoas que cuidam dos usuários. A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão e na aplicação dos seus princípios no cotidiano dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Nessa direção, os profissionais de saúde, uma vez capturados pelo “desejo manicomial” (MACHADO apud ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) – um desejo em nós de dominar, subjugar, classificar, hierarquizar, oprimir e controlar –, podem involuntariamente reproduzir a institucionalização e reafirmar a lógica manicomial. A lógica manicomial (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) é fruto de uma cultura, que ainda se perpetua nos novos dispositivos assistenciais, que se traduz em práticas irrefletidas de exclusão, intolerância, subjugação do outro, muitas vezes presentes nos dispositivos que representariam a tentativa de substituição de um modelo ultrapassado.

Nessa direção, é preciso um processo avaliativo sobre a implantação e potencialidade de atender à formação para o SUS e para o campo da saúde mental via educação pelo trabalho. Podem ser as residências uma “invenção cultural” constituída a partir do SUS, para além do modelo hegemônico de atuação (CECCIM, 2009; DALLEGRAVE; KRUSE, 2009), e uma tentativa de reorientação da formação para reorientação da assistência à saúde mental no Brasil. Parte-se do pressuposto de que a reforma psiquiátrica – antimanicomial – não é apenas uma reforma de ações, práticas e gestão, mas também uma reforma cultural, ou seja, a implicação dos envolvidos na cultura.

A referida dimensão da politização se explicita, por exemplo, num relato de uma residente-psicóloga. A despeito das reprovações dos profissionais, ela persiste no diálogo com o usuário, tentando entender sua queixa.

“Por que vocês [residentes] passam tanto tempo com ele [usuário] e conversam tanto? Vão acreditar no que ele tá dizendo? Em tudo?” [pergunta a profissional do serviço à residente]. Tudo o que eles dizem é encarado como um delírio [conclui a residente] (R1/PSI)

Em outro caso, a residente-assistente social insiste que um usuário grave participe de trabalhos em grupo.

E nesse serviço mais especificamente, tinha uma questão que falava assim, tinha que inserir os usuários... que precisava criar grupos específicos para os usuários mais graves, e a gente: “Não”. A gente continuou num grupo que tido aparentemente como um grupo estruturado, só que era um grupo que era desestruturado, porque a gente seguia... a gente criava alguns caminhos, mas que a gente ia tentando absorver as coisas que aconteciam. E assim, os usuários que eram difíceis de estar em outros grupos acabavam ficando no nosso... a grande riqueza desse grupo foi quebrar com essas coisas: que cidadania... que quem está grave não pode estar em grupos, então pra mim foi uma quebra de paradigma mesmo (R10/SSO).

Em ambos os casos, a ação das residentes direciona-se para a restituição do poder contratual de trocas de mensagens (TIKANORY, 2001), ou seja, não considerando *a priori* que tudo que é dito por um usuário é delírio, portanto psicopatológico, por consequência inútil para o cuidado. Nem excluindo usuários graves da convivência com os demais usuários.

Nesse sentido, pode-se sugerir que, nas residências multiprofissionais em saúde, os sujeitos envolvidos nos processos complexos de aprender-cuidar pelo trabalho poderiam se orientar pela pedagogia da implicação, definida como “gestão de processos de mudança de si e dos entornos, mudanças direcionadas para a construção de saberes, de práticas e do poder de autoria, de modo coletivo e produtor de subjetivação” (FAGUNDES, 2006, p. 217). Segundo Fagundes (2006), para operar a formação pela pedagogia da implicação, é preciso “metodologias da educação” (por exemplo, a educação permanente como constituinte desse processo).

Considerações finais

A participação das residentes nos espaços de aprendizagem institucionais apresentados, particularmente no Grupo de Cidadania, demonstrou-se bem promissora para o desenvolvimento do processo de politização, embora seja importante ratificar que os espaços como as reuniões técnicas não mereçam a qualificação de promissora para a politização em relação aos demais, uma vez que, nesses momentos, a participação das residentes era menos incentivada e, por vezes, limitada. Nas entrevistas realizadas com as residentes, percebeu-se que elas tinham consciência da baixa receptividade de alguns profissionais em relação às suas opiniões, o que sugere um papel coadjuvante ou menos protagonista do que tinham no Grupo de Cidadania, por exemplo. Nessa mesma direção, pode-se afirmar que existia mais fertilidade para a politização dos residentes nos espaços com concentração de usuários do que com concentração de profissionais de saúde. Os sentidos e significados construídos pelas residentes em relação ao desenvolvimento de suas atividades e

ao processo de organização do trabalho alicerçam a noção de que a politização pode ser entendida como tendência educativa fértil para formação de profissionais de saúde mental comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, e, particularmente, com a reforma psiquiátrica. No entanto, é preciso que o desenvolvimento de habilidades como negociação, mediação e tolerância cause impacto nas relações entre os profissionais de saúde e destes com os usuários e residentes, e que essas habilidades sejam elementos impulsionadores para o enfrentamento da cultura manicomial.

É fundamental ressaltar que, do ponto de vista teórico, o processo de politização como imagem objetiva deve se distanciar do desejo manicomial. Do ponto de vista empírico, exigirá vigilância contínua para não sucumbir a tal desejo. Os residentes têm a exata noção de que precisam vencer os obstáculos para que possam manter uma nova forma de cuidar, mesmo que, em alguns momentos, tenham se calado ou recuado antes os conflitos descritos aqui.

A partir da junção teórico-empírica, a politização, seja como tecnologia relacional, seja como um ato pedagógico/ato de cuidado ou ainda como enfrentamento da cultura manicomial, prescinde de habilidades como negociação, tolerância e mediação. A educação pelo trabalho no campo da saúde mental exige a superação da dimensão manicomial subjacente aos desafios técnico-institucionais e socioculturais. Para tanto, talvez seja preciso insistir na pedagogia da implicação, que tem como alicerces:

[...] processos coletivos de auto-análise e auto-gestão e que ativa a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes [...] educação dirigida e produzida por coletivos de trabalho e de militância (FAGUNDES, 2006, p. 218).

Por fim, este estudo apresenta alguns limites e sugere novas pesquisas, algumas delas já em andamento, com o apoio de estudantes na iniciação científica. Descreveu-se a importância da inserção dos profissionais-aprendizes na residência multiprofissional, mas este estudo não tem como tecer inferências sobre como tal inserção repercute em outras dimensões da vida dos próprios residentes e dos usuários ao vivenciarem essas experiências. Ficam em aberto as repercussões dessa politização na formação dos residentes e dos usuários para a vida social, particularmente no ingresso no mercado de trabalho e no âmbito familiar-comunitário, respectivamente.

POLITICIZATION AND EDUCATION IN SERVICE: MEANING AND SENSE ATTRIBUTED BY RESIDENTS IN A MULTI-PROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM IN MENTAL HEALTH IN THE STATE OF BAHIA

Abstract: This article aimed to understand the meanings and sense produced by resident students of a multi-professional residency program in mental health. The participants performed as facilitators-caretakers in workshops and projects to foment patron politicization, as well as their own. The activities included workshops on generating income, technical meetings on Caps, and the Citizen Group Project. Individual interviews and a field diary were utilized. The interpretive statements were analyzed through the perspectives of interpretive anthropology, discursive practice, and sense production. The tenet of politicization was discussed as a fertile educational tendency for the education of mental health professionals committed with the principles and guidelines of the SUS system, and particularly, with psychiatric reform. The results illustrate that politicization is expressed as a transversal element of the educational performance/process of the residents: as relational technology and as confrontation of a psychiatric hospital culture.

Keywords: education; mental health; non-medical residency; technology; citizenship.

POLITIZACIÓN Y FORMACIÓN EN SERVICIO: SIGNIFICADOS Y SENTIDOS ATRIBUIDOS POR LOS RESIDENTES EN UNA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD MENTAL EN BAHIA

Resumen: En este artículo se busca comprender los sentidos y los significados producidos por los residentes de una residencia multiprofesional en salud mental, quienes desempeñaban la función de facilitadores-cuidadores en talleres/proyectos que fomentaban la politización del usuario y, supuestamente, de ellos mismos: taller de generación de renda; reuniones técnicas del Caps; y proyecto Grupo de Ciudadanía. Se utilizó la entrevista individual y diario de campo. Los repertorios interpretativos fueron sometidos a un análisis a la luz de las perspectivas de la antropología interpretativa y de la práctica discursiva y producciones de sentido. Se discutió el presupuesto de la politización como tendencia educativa fértil para la formación de profesionales de salud mental comprometidos con los principios y directrices del SUS, y particularmente, con la reforma psiquiátrica. Se entendió que la politización es expresada como elemento transversal a la actuación/proceso formativo de los residentes: como tecnología relacional y como enfrentamiento de una cultura manicomial.

Palabras clave: educación; salud mental; residencia no médica; tecnología; ciudadanía.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização na loucura. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R. B. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interfaces: comunicação saúde educação**, v. 13, n. 28, p. 213-237, jan./mar. 2009.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface, Botucatu**, v. 13, n. 28, p. 213-226 mar. 2009.

FAGUNDES, S. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para a política pública de saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Educação)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. **Pedagogia da práxis**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

LIMA, M. **Ensino em serviço e cuidado em saúde mental: um estudo etnográfico sobre uma residência multiprofissional, na Bahia**. Salvador: Fapesb, 2008-2009. Projeto de pesquisa.

MERHY, E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 nov. 2007.

MERHY, E. **O desafio da tutela e da autonomia**: uma tensão permanente do ato cuidador. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/prefessores/merhy>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

SILVA, M. A.; RAPOSO, L.; OSORIO, C. A articulação de saberes teóricos e práticos na análise e no desenvolvimento da atividade de cuidado. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 95-105, set./dez. 2010.

SIMONI, A. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais**: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, W. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, 2001.

SPINK, M. J. Práticas discursivas e produção de sentido. In: _____. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-62.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

TIKANORY, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59

VASCONCELOS, E. M. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil atual. In: _____. (Org.). **Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 42-54.

Contato

Monica Lima Jesus

e-mail: molije@hotmail.com

Tramitação

Recebido em outubro de 2010

Aceito em maio de 2011