



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EUDES DUARTE FILHO

**NO MEIO DO CAMINHO HAVIA O SUJEITO: INTERLOCUÇÕES ENTRE
PSICANÁLISE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

SOBRAL – CEARÁ
2017

EUDES DUARTE FILHO

NO MEIO DO CAMINHO HAVIA O SUJEITO: INTERLOCUÇÕES ENTRE
PSICANÁLISE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

SOBRAL – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F498m Filho, Eudes Duarte.
NO MEIO DO CAMINHO HAVIA O SUJEITO: : INTERLOCUÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE / Eudes Duarte Filho. – 2017.
93 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

1. Educação permanente em saúde. 2. Sujeito. 3. Psicanálise. 4. Ensino . 5. Formação. I. Título.

CDD 610

EUDES DUARTE FILHO

NO MEIO DO CAMINHO HAVIA O SUJEITO: INTERLOCUÇÕES ENTRE
PSICANÁLISE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luís Achilles Rodrigues Furtado- Orientador
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes- 1º membro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé- 2º membro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Para meu pai.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, professor Eudes (in memoriam) e D. Dalva, pela minha inserção no universo das palavras.

A meus irmãos, pela confiança e fé.

A Pedro Nobre, pelo insuperável companheirismo.

A S. Chico e à Dra. Regina, pela generosa e imprescindível acolhida.

A meu orientador, Prof. Dr. Luis Achilles, pela paciência e pelo diálogo genial.

À Profa. Dra. Camilla Lopes e ao Prof. Dr. Paulo Quinderé, pelas importantes contribuições no momento da qualificação.

A todos que, de alguma maneira, estiveram junto a mim nessa trajetória.

Olho para a Educação com olhos de cozinheira e me pergunto: Que comidas se preparam com os corpos e mentes... nesse caldeirão chamado Escola? Porque a educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia das palavras. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim (Rubem Alves).

RESUMO

A pesquisa objetiva analisar criticamente a denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a partir do questionamento sobre o lugar do sujeito nessa política. A escolha do tema surgiu através de inquietações éticas despertadas pelo desejo de estudar o cotidiano do trabalho, em um serviço público de saúde, considerando as incidências do ato do psicanalista. O objeto de estudo de nossa pesquisa concentra-se na Educação Permanente, com vias a analisar um dos quadriláteros para sua formação: o Ensino. Utilizou-se como recurso metodológico a pesquisa em psicanálise, através de indagações oriundas de vinhetas da experiência clínica e de momentos identificados como de EPS. Também foram consideradas produções de autores que versam sobre o assunto, além do retorno à letra de Freud e Lacan, uma vez que encontramos as dimensões do Ensino e da Formação presentes também no saber psicanalítico, juntamente com a Transmissão. Interrogamos em que medida a relação entre Educação e Saúde é possível e qual o lugar ocupado pelo sujeito nessa interseção, principalmente no que tange ao princípio da integralidade, uma vez que ele assume posição de princípio norteador para a Educação Permanente em Saúde. Assim, propomos recorrer a uma questão que é problemática e comum entre a EPS e a Psicanálise: a formação do psicanalista, enquanto algo permanente, implica na paradoxal admissão de que a educação é uma tarefa impossível, tal como o governo e o próprio exercício da psicanálise. Se a formação carrega algo de impossível, de infindável, como se pode falar em integralidade? Observa-se que, do ponto de vista da psicanálise, existem impossibilidades estruturais entre sujeito e integralidade, o que torna criticável a perspectiva da formação aliada a esse princípio. No entanto, tal pressuposto não inviabiliza que a própria Psicanálise, com suas conceitualizações sobre ensino e formação, possa contribuir para a Educação Permanente em Saúde, uma vez que o saber analítico implica numa aposta ética no sujeito do desejo em seu caráter de permanente constituição.

Palavras-chave: educação permanente em saúde; sujeito; psicanálise; ensino; formação.

ABSTRACT

This research aims to analyze the named National Policy of Permanent Education in Health (NPPEH) on account of the uncertainty of the individual's place in this policy. The theme choice came from ethical reflections aroused by the desire to study the work routine at a public health service, having the psychoanalyst practice into consideration. The study subject of this research focuses on the Permanent Education in Health (PEH) and moves towards to analyze one of the key aspects in its four-way approach: the teaching. The psychoanalysis research was utilized as a methodological resource through clinical practice inquiries and from moments identified as PEH. In addition, works of authors who argue about the subject, as well as the resource of Freud and Lacan writings were considered, as we can find the dimensions of teaching and education in the psychoanalytic knowledge, alongside with the transmission. We question to what extent the relationship between Education and Health is possible and what is the individual's place at this intersection. Our arguing is mainly concerned with the principle of the integrality as it represents the guiding principle to the Permanent Education in Health. Thus, we propose to resort to a controversial and common question between PEH and the Psychoanalysis: the psychoanalyst education, as a permanent process, implies in the paradoxical affirmation that the education is an impossible task, such as the government and the own psychoanalysis practice. If the Education consists in something impossible, interminable, how is it possible to talk about integrality? Hence, from the psychoanalytic point of view, it prevails impossibilities between the individual and the integrality, what makes exceptionable the perspective of the education guided by such principle. Nonetheless, this assumption does not invalidate that the own Psychoanalysis, and its concepts about teaching and education, can contribute to the Permanent Education in Health, once the analytical knowledge implies in an ethical wager in the individual desire and in his attribute of a permanent constitution.

Keywords: permanent education in health; subject; psychoanalysis; teaching; education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACS	Agente Comunitária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
EPS	Educação Permanente em Saúde
EST	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NOB-SUS	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SS	Serviços de Saúde
SPPD	Secretaria Pública de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIPH	Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Dr. Estevam

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	15
2.1	Características da Pesquisa	15
2.2	Recursos Metodológicos	15
2.3	Referencial Teórico-Metodológico	16
3	NO PRINCÍPIO, ERA O SUS	19
3.1	O Princípio da Universalidade	19
3.2	O Princípio da Equidade	20
3.3	O Princípio da Integralidade	21
4	UMA PROMESSA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	24
4.1	Integração Ensino-Atenção-Gestão-Controle Social	26
4.2	O Ensino	28
4.3	A Formação	34
4.3.1	Problematizações	36
4.4	A Formação sob um Resgate Histórico-Político	39
4.5	Formação, Integralidade e Sujeito	40
4.6	Formação, Capacitação e Qualificação	42
4.7	A Formação do Analista	46
5	DE PACIENTE A USUÁRIO: VARIAÇÕES EXCLUDENTES DO SUJEITO OU A FORACLUSÃO DO SUJEITO NA SAÚDE?	49
5.1	O Sujeito na EPS	51
5.2	O Sujeito na Psicanálise	52
5.3	O Projeto Terapêutico Singular: o sujeito entre a saúde mental e o mal-estar	56
6	O SUJEITO NO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	61
6.1	As Residências	62
6.2	Psicólogo ou Psicanalista?	65
6.3	As Discussões de Caso nas Rodas de Equipe	70
6.4	O Apoio Matricial	74
6.5	A Experiência do PET-Saúde	78
6.6	O momento da supervisão: enfim, os profissionais como sujeitos?	83
7	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	90

1 INTRODUÇÃO

Para quem trabalha diariamente em um serviço público de saúde, diante das mais variadas e inesperadas demandas, inúmeros desafios se interpõem. Dentre eles, o pensar sobre as práticas profissionais- seus alcances e suas limitações- sempre emerge, menos como uma obrigação e mais como um dilema ético. Como psicólogo de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas CAPS-AD e preceptor do Sistema Único de Saúde (SUS), a temática da Educação Permanente inseriu-se em nossas atividades. Conseqüentemente, várias questões surgiram através da assistência direta aos usuários.

Foi então que, paulatinamente, alguns pontos começaram a ser pensados, analisados e o exercício sobre o fazer profissional diário pode render reflexões que nos levaram ao lugar do empreendimento dessa pesquisa. Partimos, além da própria experiência de trabalho, também de uma revisão bibliográfica, onde vários textos que versam diretamente sobre a temática ou sustentam alguma relação com ela foram revisados e o corpo parcial de nosso escrito delimita-se ao somarmos a isso nossas indagações e angústias derivadas do fazer cotidiano, tanto nos Serviços de Saúde como nas Instituições de Ensino Superior (IES) e na Comunidade.

A inquietação original nos convidou a interrogarmos as conseqüências do entrelaçamento de dois importantes campos do saber: a Saúde e a Educação. No que se refere ao primeiro, na rotina dos serviços assistenciais existe uma série de “papéis” já delimitados e preestabelecidos para cada profissão, porém o inapreensível das demandas exige um constante aprimoramento da assistência prestada pelos trabalhadores. Nela, tenta-se valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de saúde (Brasil, 2003). Quanto ao segundo, teríamos o instrumento capaz de possibilitar as transformações necessárias no campo do trabalho, pela via da Educação Permanente.

Entretanto, perguntamo-nos em que medida é possível, através do enlaçamento entre Educação e Saúde, considerarmos o sujeito? De que forma esse sujeito é “tratado” ou, ainda, qual o lugar que ele ocupa dentro dessa interseção?

Antes de prosseguirmos, delimitamos que a categoria sujeito é aqui abordada através da lente da Psicanálise, ou seja, sujeito do inconsciente e do desejo. Realizaremos essa consideração em um capítulo específico.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge em cena como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Brasil, 2009). Ela se desenvolve concomitantemente, como uma prática de

ensino e aprendizagem e como uma política de educação na saúde (Ceccim; Ferla, 2009). Sua estruturação apresenta-se em torno de quatro eixos cruciais, a saber: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, configurando-se como o quadrilátero da Formação para a área da saúde (Ceccim, 2004). Sua proposta é, então, a de permitir uma melhoria na assistência direta à saúde dos usuários, através de transformações dos processos de trabalho, pela via da educação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) faz parte de uma estratégia de cuidado para cumprir requisitos oriundos da Norma Operacional Básica NOB-SUS, com vistas a estruturar a formação dos profissionais através do referido quadrilátero para a área da saúde: Ensino-Gestão-Atenção-Control Social (Ceccim, 2004).

A PNEPS foi instituída pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. No entanto, tal portaria tornou-se inoperante graças às novas diretrizes oriundas do Pacto pela Saúde, em 2006. Em seguida, criou-se a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Feuerwerker (2002) observa, no entanto, que muito antes de sua instituição, os serviços públicos brasileiros demandavam a organização de estratégias capazes de promoverem melhorias e avanços na atenção à saúde. De tal forma que a Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS (PNH) já havia sido implementada em 2003. Nela, valores como autonomia, protagonismo e respeito às diferentes posições dos sujeitos implicados são destacados como fundamentais para o estabelecimento de vínculos, a participação coletiva e transformações dos processos de trabalho.

Assim se refere o texto da PNH:

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, de 2003, norteadada pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; pelo estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva nos processos de gestão; pela identificação das necessidades sociais de saúde; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a ambiência e com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil, 2003).

Desse modo, a Educação Permanente em Saúde é fruto de uma Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS, que precisa levar em consideração a “mudança nos modelos de atenção e gestão dos *processos de trabalho*” (Brasil, 2003, p. 59, grifo nosso). É quanto a esse ponto que a EPS irá intervir com foco nas transformações de tais processos.

Em nossa atual conjuntura, no que diz respeito ao atendimento em saúde, cada vez

mais se renova a ideia de que os processos de trabalho necessitam ser pensados numa perspectiva na qual se considerem o contexto social, as reais demandas da população e, conseqüentemente, os problemas oriundos de tais situações. Para que seja possível trabalhar numa proposta agregadora de tamanhos anseios, discute-se a formação dos profissionais, com vias a melhorar a assistência nesse campo, a partir da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004) atentam para o fato de que a Educação Permanente é uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde, apoiada nos princípios do SUS, com o objetivo de impactar diretamente nos quatro eixos da Formação: atenção, ensino, gestão e controle social. Isso nos alerta para a importância da formação dos profissionais de saúde, que muitas vezes se confunde com o mero cumprimento de aspectos metodológico-pedagógicos, esquecendo fatores estruturantes inerentes às necessidades da população.

Em outras palavras, compreendemos que o SUS, enquanto entidade reguladora dos serviços públicos de saúde possui uma política voltada para a melhoria da qualidade da assistência. Nessa política, a formação dos trabalhadores não pode se restringir a um caráter meramente técnico-científico, devendo expandir seu alcance para direcionar a essa formação o desenvolvimento de recursos humanos, com o objetivo de possibilitar a autonomia dos sujeitos na produção de saúde.

Ceccim (2005) destaca, contudo, que nesse processo de construção de autonomia dos sujeitos houve uma mudança de posicionamento da função dos trabalhadores. Esses mesmos trabalhadores eram reduzidos a uma condição de objetos, tais quais recursos financeiros, materiais, infraestruturais, ao ponto de serem chamados de “Recursos Humanos”. Assim, entravam no processo como peças ou engrenagens. Daí o destaque para a importância da formação:

Parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (Ceccim, 2004, p. 163).

Com a Constituição Federal de 1988 e a conseqüente institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o viés da formação profissional ganhou destaque e se transformou num impasse: ao mesmo tempo em que ela é tratada como essencial para um bom desempenho da assistência à saúde, torna-se alvo de inúmeros ataques e críticas, devido ao modo como se organizam os processos de trabalho.

O objeto de estudo de nossa pesquisa concentra-se na Educação Permanente em Saúde (EPS), com vias a analisar um dos quadriláteros para sua formação (Ceccim, 2004), o Ensino, em suas possíveis ou impossíveis relações com a dimensão da formação, apresentada aqui através da Psicanálise. Do início ao fim, conforme veremos, a questão do sujeito se fez insistente, pois sua relevância encontra-se demarcada na EPS ao mesmo tempo em que é nuclear para a própria psicanálise.

Partimos de uma inquietação referente ao lugar do sujeito na política de EPS, tendo em vista que o princípio da integralidade propõe garantir o cuidado de uma maneira global. Entretanto, pela dimensão da Psicanálise, o sujeito é aquilo que rompe e faz fracassar a política, através de sua radical diferença. Portanto, investigar o lugar do sujeito nessa política é o objetivo principal de nossa pesquisa, tendo em vista outros objetivos específicos, a saber: 1) Descrever os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionando-os com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2) Problematizar os conceitos de Ensino e Formação dentro da EPS; 3) Situar o conceito de formação em Psicanálise e suas relações com o sujeito na Educação Permanente em Saúde (EPS). Tecidas as considerações sobre o objeto, passamos à apresentação do conteúdo da pesquisa.

O primeiro capítulo apresenta uma rápida explanação sobre o SUS e seus princípios, uma vez que a PNEPS encontra-se inserida nesse sistema. Traz também uma ligação desta com o princípio da integralidade, à medida que ele sugere a continuidade do cuidado, assim como a educação em saúde promete sustentar-se enquanto permanente. Em seguida, discutimos as condições para que, de fato, a EPS seja exequível.

O segundo capítulo abrange o conceito de Educação Permanente em Saúde e desenvolve a ideia do quadrilátero para sua formação. Para tanto, faz-se necessário, de início, um estudo detalhado sobre a EPS e as teorizações que a fundamentam enquanto política do Sistema Único de Saúde. Fazemos um breve resgate histórico-político da formação e a relacionamos com a integralidade e o sujeito. Também elucidamos, tomando como referencial teórico autores da Saúde Coletiva e da Psicanálise, a diferença entre ensino e formação dentro da PNEPS e dentro do referencial psicanalítico, com o intuito de analisarmos aproximações e distanciamentos na interlocução entre EPS e psicanálise. Por fim, destacamos as questões intrínsecas à formação do analista.

No terceiro capítulo, apresentamos a questão do sujeito que, mesmo atravessando todas as nossas discussões anteriores, exige uma maior atenção no que diz respeito aos entraves quanto a seu lugar na PNEPS e na Psicanálise. Ora confundido com o indivíduo, ora identificado ao cidadão, na EPS ele surge seja para operacionalizar uma função, seja para

existir enquanto uma demanda a ser respondida, o que o eterniza numa paradoxal e permanente extinção, pois ele só é reconhecido pelo que produz ou pelo que demanda. Quanto à psicanálise, ele surge como um efeito, tributário, portanto, do Outro, mas nem por isso condenado a somente dar respostas a ele, numa vã tentativa de normatizar-se. Também são tecidas considerações sobre o sujeito e seus impasses entre a saúde mental e o mal-estar.

No quarto e último capítulo, ilustraremos, pela via dos momentos de EPS experienciados por mim enquanto psicólogo de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – CAPS-Ad e no SUS, de que forma o sujeito é considerado, ou seja, qual o seu lugar na política de Educação Permanente em Saúde, seja enquanto tomado como usuário ou como profissional. Ao final, concluímos com a descoberta de que, no meio do caminho da promessa da EPS, ali havia o sujeito, com o real de sua falta - e talvez, justamente por isso - sustentando o desafio de se fazer presente mesmo com e a partir dela.

2 METODOLOGIA

2.1 Características da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa em psicanálise, com a utilização de vinhetas da experiência profissional, através de observações e indagações surgidas a partir de nossa escuta cotidiana dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho. Partimos, então, das atividades experienciadas com os usuários e com os profissionais, permitindo-nos lançar um olhar questionador sobre os momentos nomeados pela gestão como identificados a experiências de Educação Permanente, dentre eles: assistência direta, residência em saúde mental, apoio matricial, Programa de Educação pelo Trabalho-PET e supervisão clínica-institucional.

Tendo em vista que a pesquisa advém da prática, é importante destacarmos que em nenhum momento explicitaremos diálogos diretos ou incorreremos no risco de expor algum sujeito. Não se trata aqui de denegrir ou julgar qualquer prática ou discurso, mas de revisitar alguns momentos de EPS, principalmente, os que se referem ao ensino e à formação: matriciamento, PET-Saúde e supervisão clínica-institucional.

A partir do retorno a esses momentos, procurou-se estabelecer uma linha de investigação que analisou qual era, nas práticas de educação permanente da equipe, o lugar do sujeito. Ao final, interrogaremos essa concepção, utilizando a conceituação analítica para indicar a marca indelével de um sujeito que se constitui pela sua falta, o que o posiciona num lugar de desejante, porém não necessariamente num lugar que demande assistência e proteção por parte de dispositivos institucionais.

2.2 Recursos Metodológicos

As plataformas pesquisadas partiram da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que engloba periódicos e revistas científicas de grande impacto, dentre eles: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online).

Utilizamos os descritores “Educação Permanente em Saúde” e “Ensino”, com o intuito de encontrarmos parte do referencial teórico para futuras análises e discussões. Foram encontrados 26 artigos. Com os descritores “Educação Permanente em Saúde” e “Formação”, encontramos 89 artigos. Do total de 115 artigos, 93 deles foram excluídos por não estabelecerem relações com o objeto de nossa pesquisa, resultando 22 produções. Os critérios de seleção direcionaram-se, portanto, a textos acadêmicos voltados para a temática da Educação permanente em Saúde, principalmente retratando seu aspecto pedagógico e político,

uma vez que nossa questão de partida mantém desdobramentos com tais perspectivas. Os artigos excluídos direcionavam-se ora a avaliações sempre muito positivas da EPS, ora a especificidades profissionais, o que nos causou estranhamento, pois a experiência profissional mostra-nos que a EPS, em suas dimensões do ensino e da formação, deva considerar o trabalho em sua perspectiva plural. Também foram excluídos artigos que priorizaram os outros pontos do quadrilátero, tais como a gestão, a assistência e o controle social. Focamos nossa busca, portanto, nas relações da formação com o ensino.

Destacamos que, ao utilizarmos os descritores “Educação Permanente em Saúde” e “Transmissão”, apenas um artigo foi encontrado. Mesmo assim, ele tratava a transmissão sob um viés epidemiológico, relacionando-a a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse dado nos leva a pensar sobre a originalidade da pesquisa, justificando sua importância e contribuição científica.

Também utilizamos livros de autores importantes para as temáticas referentes aos campos da Educação, da Psicanálise e da Saúde Coletiva.

2.3 Referencial Teórico-Metodológico

O referencial teórico é a Psicanálise, pelo fato de percebermos que, tanto a formulação da Educação Permanente em Saúde como a prática psicanalítica implicam a consideração do sujeito e seu caráter de peregrina constituição.

Além disso, a Psicanálise não se apresenta apenas como um método clínico, mas se relaciona a todo e qualquer saber que proponha problematizar a formação da cultura, podendo, inclusive, estabelecer relações com ela e com outras disciplinas. Conforme nos ensina Alberti (2000):

Encontramos o ser falante para além da clínica psicanalítica, nos campos que lhe são conexos e que mais circulam e interagem no meio acadêmico. Ora, essa constatação não deixa de justificar a possibilidade de transmissão da psicanálise nesse meio. A psicanálise, como um saber, deve poder conviver, questionar e ser questionada por outras disciplinas, isto é, enriquecer e ser enriquecida por elas, já que a universidade é o lugar desse universo de disciplinas (Alberti, 2000, p. 10).

Aprendemos, com Freud e Lacan, que a psicanálise pode contribuir de forma relevante como metodologia de pesquisa. O primeiro mostrou ser a psicanálise uma práxis que considera a singularidade radical do sujeito; o segundo nos convocou a colocá-la em um lugar onde ela mesma pudesse ser analisada, para se depurar com isso que a busca pela construção de um saber deve considerar o próprio não-saber em jogo. Tal experiência já encontra-se também em Freud (1912/1969) no que tange à formação do analista.

Lacan, em seus Escritos (1966/1998) mais uma vez resgata a letra freudiana e o rigor de seu legado, referindo-se a uma passagem do texto de Freud em que este comenta sobre as recomendações aos médicos quanto ao tratamento analítico:

Pois essa reserva então deixará de ser relegada à categoria de sinal de sua profunda modéstia, sendo antes reconhecida como afirmando a verdade de que a análise só pode encontrar sua medida nas vias de uma douda ignorância (Lacan, 1966/1998, p. 364).

Ou seja, ao analista não cabe situar-se numa posição de verdade absoluta ou de detentor do saber, mas, pelo contrário, ele deve operar pela via da ignorância douda, ignorando justamente o que sabe.

Estabelecendo um paralelo com a pesquisa, o lugar do pesquisador também não deve ser o de quem já parte do pressuposto de que sabe sobre o seu objeto, e até mesmo sobre sua teoria é necessário que ele a interrogue.

Sobre a análise, Freud (1912/1969) também nos adverte quanto ao cuidado em relação a não tratarmos o analisante como um objeto de pesquisa. O estudo de caso pode ser um elemento considerável na transmissão do saber analítico, porém este só deve acontecer após a experiência da análise:

Um dos méritos que a psicanálise reivindica para si é o fato de nela coincidirem pesquisa e tratamento; mas a técnica que serve a uma contradiz, a partir de certo ponto, o outro. Não é bom trabalhar cientificamente um caso enquanto seu tratamento não foi concluído, compor sua estrutura, prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico. (...) A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude psíquica para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analisa, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento apenas depois que a análise for concluída (Freud, 1912/1969, p. 153-154).

Pela mesma ética, a pesquisa em psicanálise só pode ser empreendida depois da práxis. Lacan (2003) aponta o saber como aquilo que é produzido na práxis, estando possível apenas a quem a experiencia, enquanto já o conhecimento se produz depois, enquanto efeito da pesquisa sobre a práxis.

Na psicanálise, tudo aquilo que dá consistência teórica para sua fundamentação, elucida a práxis, ao passo que esta originou as condições para a própria construção do saber analítico. Foi pela escuta do apelo histórico que Freud sistematizou todo o construto teórico e o arcabouço psicanalítico.

O empreendimento da referida pesquisa, portanto, levará em conta a imbricação desta com a clínica, explorando a pluralidade discursiva advinda do saber psicanalítico para abordar a questão do sujeito na Educação Permanente em Saúde.

Como explicitamos anteriormente, nossa pesquisa tem como referencial teórico-metodológico a psicanálise e utiliza da lógica e temporalidade que são próprios a esse campo, o qual se localiza muito mais próximo da ética de pesquisa exigida nas ciências humanas e sociais. Deste modo, utilizamos do recurso de vinhetas que retratam reflexões sobre nossa experiência profissional em uma rede de saúde mental, especialmente no CAPS-Ad.

Mesmo considerando que este trabalho esteja inscrito em um mestrado acadêmico em Saúde da Família e que o locus refere-se a este campo, nossas reflexões e dados não envolvem diretamente seres humanos, já que retratam uma realidade que já ocorreu durante uma atividade profissional já realizada. Ademais, os dados utilizados resguardam o sigilo e a discrição necessárias para a não exposição dos sujeitos a que se referem. Neste sentido, em atendimento à Resolução 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, o qual trata da regulamentação da pesquisa nas ciências humanas e sociais, justificamos a isenção de submissão deste trabalho à aprovação em comitê de ética em pesquisa. Sigamos a letra da resolução quanto referida isenção constante em seu artigo primeiro, parágrafo único, inciso VII (CNS, 2016):

VII. pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito;

Tecidas as considerações sobre a metodologia, faremos agora um retorno ao início de nossa questão. Para tanto, precisamos revisitar o SUS juntamente com seus princípios.

3 NO PRINCÍPIO, ERA O SUS

De acordo com Teixeira (2011), antes de qualquer tentativa de entendimento do que seja o SUS, seus princípios e suas diretrizes, torna-se fundamental a recuperação de alguns elementos históricos e políticos que englobam sua origem:

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma **‘Política de Estado’**, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a saúde como um, Direito de Cidadania e um dever do Estado (Teixeira, 2011, p. 01).

Tal concepção afasta-se do modelo neoliberal brasileiro, ao passo que é efeito das lutas de movimentos sociais e forças conjuntas advindas da Reforma Sanitária Brasileira. Esse modelo revela certa aproximação com o chamado Estado do Bem-Estar-social, que se contrapõe à perspectiva liberal, pois assume, ele próprio, a responsabilidade pela organização da promoção social e da economia.

A Reforma Sanitária Brasileira surge no início da década de 1970 e está diretamente associada a todo um momento histórico de lutas contra a ditadura. É um movimento que procura melhorias no âmbito da saúde no Brasil, não somente nesse setor isolado, mas nas condições gerais da população. Possui como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Entretanto, ao passo que o Brasil caminhava para a política neoliberal, um modelo de saúde centrado no poder do Estado se organizava com fervor. Segundo Teixeira (2011), o SUS nasce com essa característica de contraposição e isso possui um significado histórico e político importante, pois ajuda a esclarecer o terreno conflituoso de sua implementação.

Portanto, para que o SUS conseguisse ser instituído com algumas “garantias” de sua efetivação e continuidade, alguns princípios se tornaram norteadores, tais como a Universalidade, a Equidade e a Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Passemos a uma explanação sobre esses três princípios.

3.1 O Princípio da Universalidade

A base jurídica e política de saúde e do movimento de organização do SUS encontra-se demarcada no conhecido artigo 196 da Constituição Federal (1998), o qual diz o seguinte: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1998).

A principal ideia desse artigo é a do direito à saúde como cidadania, portanto, algo que faz parte dos direitos exclusivos de todos os brasileiros, nascidos ou naturalizados. Além disso, também deixa claro que se configura papel do Estado o dever de promoção da saúde, de proteção contra os riscos aos quais os cidadãos possam ser expostos, além da garantia da assistência em caso de doença ou situação de agravo à saúde.

A Universalidade é um princípio finalístico, quer dizer, algo que se configura como um ideal a ser alcançado (Teixeira, 2011). Nesse sentido, para que esse princípio consiga ser respeitado é necessário “eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços” (Teixeira, 2011, p. 3).

Nesse ponto, a Educação Permanente em Saúde aparece como uma importante ferramenta de transposição dessas barreiras, principalmente no que tange ao aspecto cultural:

Do ponto de vista sociocultural também existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira da linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. [...] Também nessa linha vem sendo desenvolvidos esforços variados, que vão desde o desenvolvimento de ações de educação e comunicação em saúde direta ou indiretamente realizadas pelos trabalhadores do setor, com o auxílio de tecnologias as mais diversas, inclusive da mídia até a normatização das bulas dos medicamentos [...] (Teixeira, 2011, p. 04).

3.2 O Princípio da Equidade

Diante dessas circunstâncias, faz-se aqui uma ligação também com o princípio da Equidade, pois sua noção se refere a “tratar desigualmente os desiguais”, com o intuito de promover oportunidades iguais entre os indivíduos de uma mesma comunidade. Note-se a importante distinção a que Paim (2010) nos adverte para não confundirmos equidade com igualdade:

Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (Paim, 2010, p. 111).

O SUS, portanto, em sua concepção precisa formular e implementar políticas que se direcionem a assistência de certas populações específicas expostas a determinados riscos. Dentre elas, as populações indígenas, negras, GLBTT, dentre outras. O princípio da Equidade relaciona-se, então, a dois pontos importantes da reforma da saúde. Tanto diz respeito a uma reorganização de verbas para o aperfeiçoamento da assistência em todas as regiões, estados e municípios, como também à redistribuição das ações a partir dos reais

problemas das populações específicas:

Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade. Possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública, levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação (Paim, 2010, p. 112).

Percebe-se, com os autores citados, que os princípios encontram-se interligados e, portanto, o princípio da Equidade articula-se dinamicamente com o da Integralidade.

3.3 O Princípio da Integralidade

O significado de integralidade refere-se ao conjunto de medidas a serem tomadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos, considerando um leque de ações que se desenvolveram para a assistência à necessidade de saúde das populações. A origem da ideia surge da Medicina Integral, que intercambia as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação.

Segundo Paim (2010), a Integralidade surgiu no cenário brasileiro pela política, através de programas governamentais de assistência integral à saúde (a saúde da mulher, por exemplo). Somente com a Constituição Federal de 1988 foi que o princípio articulou-se ao SUS, com vistas a um atendimento integral, priorizando ações preventivas, sem desmerecimento aos serviços assistenciais. O autor ainda destaca que há um outro sentido para o princípio, que se refere à integralidade da assistência:

Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Paim, 2010, p. 113).

Há, portanto, uma forma de enxergar o usuário do SUS de uma maneira integral, compreendido em suas relações fisiológicas, sociais, culturais e simbólicas; e uma lógica de cuidados que se direcionam a oferta de serviços de saúde que contemplem de modo integral as ações para a saúde desses usuários e dessas populações. Nesse ponto, a Educação Permanente em Saúde, também é convocada ao propor uma maneira de se transformar os processos de trabalho na saúde pela via da educação, com fins de melhorar a assistência integral ao usuário.

Vejam como se refere Paim a essa questão:

A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das

práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho. Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como “autonomia” (Paim, 2010, p. 113).

Nessa dimensão da organização dos processos de trabalho encontramos a interseção entre o princípio da Integralidade e o foco da Educação Permanente em Saúde. Como pode o SUS operar com vias a prestar uma assistência integral aos usuários, sem que os processos de trabalho dentro das equipes de saúde se exerçam de modo a possibilitarem essa sistematização de práticas de cuidado? Aqui, novamente, a EPS surge como instrumento capaz de ventilar opções de incremento da assistência pela via da transformação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (Rovere, 1994). Analisaremos, posteriormente, as relações entre a Integralidade e a Formação na área da saúde, com fins de problematizarmos algumas questões.

Em relação aos três princípios, observa-se que se encontram interligados, operando sob uma lógica de garantias de direitos, expostos na Carta Magna. A Universalidade pretende fazer com que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso aos equipamentos e ações de saúde; a Equidade promete a “concretização da justiça” com ações destinadas a um grupo especial de intervenções e a Integralidade pretende reforçar ações intersetoriais para uma melhor assistência à saúde.

No que concerne à Educação Permanente em Saúde, todos os princípios mantêm relações com essa política, pois ela opera a partir do funcionamento e para o aperfeiçoamento do SUS. Todavia, apesar da íntima ligação entre eles, o princípio da Integralidade é o que estabelece maiores ligações com nosso tema (Feuerwerker, 2005; Ceccim, 2004; Davinni, 2009; Quintana; Roschk; Ribeiro, 2014), o que, por sua vez, demanda que delimitemos uma linha de diálogo entre integralidade e Educação Permanente em Saúde.

Na Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004), o ponto culminante que serve de referência para as ações de saúde dirige-se à questão da integralidade. Torna-se válido lembrarmos que a definição de EPS, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, nos mais variados e diversificados serviços, com o objetivo final de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população (Rovere, 1994). Isso significa que sua aplicabilidade se desenrola pela atenção à saúde, quer dizer, sua instrumentalização ocorrerá à medida que os problemas oriundos de diferentes realidades diárias forem surgindo. O objetivo, portanto, dirige-se a transformar os processos de trabalho, a maneira como se estruturam e edificam relações de modo a operar com as demandas de saúde trazidas.

Merhy (1997, p.71-72) denuncia que as formas como os processos de trabalho se estruturam pela via do modelo brasileiro não só denotam interesses outros, como também caracteriza “um dos grandes nós críticos” dentro dessa proposição. Ou seja, mesmo o SUS criando uma estratégia que prometa assegurar a permanência da formação/educação dos profissionais de saúde, essa proposta exige uma constante vigilância no sentido de interrogar quais são as reais condições para que a Educação Permanente em Saúde seja, de fato, exequível. Não é suficiente apenas criar a política, mas faz-se necessário que se criem condições e subsídios para sua implementação, sustentação e aprimoramento.

Nesse ponto, os próprios empecilhos advindos das questões insatisfeitas da população vão compor e transformar as práticas de Educação Permanente em Saúde, dando a ela um caráter inovador, singular e conseqüentemente mutante, pois cada sujeito traz consigo uma demanda. Cada demanda engendra novas problematizações e cada problematização produz novas saídas. Dessa maneira, a EPS não pode ser compreendida como algo que se concretize de uma vez por todas, mas como um arranjo dinâmico e inovador, no qual os processos de trabalho sejam constantemente postos em xeque, para que agenciem suas transformações, modificando o cotidiano das equipes, as rotinas do ensino, da assistência, da gestão e do controle social.

4 UMA PROMESSA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de Educação Permanente em Saúde considera as oportunidades de desenvolvimento dos profissionais, as necessidades dos Serviços, sua capacidade resolutiva e a gestão sobre as políticas públicas, para almejar se estabelecer como uma política de formação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004). Nesse sentido, vislumbra-se uma formatação para o trabalho de acordo com as demandas de saúde.

O surgimento da Educação Permanente em Saúde relaciona-se com os processos de aprendizagem no trabalho, pois foi a partir da complexidade da assistência que novas demandas surgiram aos montantes, e o simples atendimento direcionado a responder as novas e constantes necessidades das populações não era suficiente para dar conta de um universo cada vez maior e mais plural. Essas práticas profissionais constituem o objeto pelo qual a Educação Permanente vislumbra transformar os modelos vigentes engessados. Tal mudança só ocorre caso ela se desdobre no dia a dia das pessoas, nas dificuldades encontradas e nas demandas significativamente regionalizadas e particularizadas por cada serviço (Feuerwerker, 2003).

Isso significa dizer que não se pode implementar uma mesma estratégia de Educação Permanente em uma Unidade Básica de Saúde de uma megalópole como São Paulo, em um Centro de Atenção Psicossocial na Amazônia ou mesmo em um Serviço de Atendimento Médico de Urgência de um município de médio porte. Cada organização possui demandas completamente diferentes e, conseqüentemente, funcionam através de uma lógica própria que engendra processos de trabalho e uma operacionalização específica. Apesar de fazerem parte de uma mesma rede de serviços de assistência à saúde, ainda se localizam em territórios completamente distintos, delimitando, assim, novas características e diferentes problematizações.

A Educação Permanente em Saúde parte, então, justamente dessas problematizações surgidas nas múltiplas realidades dos locais de saúde e de suas populações, sugerindo que a montagem dos conteúdos educacionais para os trabalhadores se baseie nas necessidades imediatas surgidas nos próprios processos de trabalho (Quintana; Roschke; Ribeiro, 2014).

O desenvolvimento dessas estratégias educacionais conta, inclusive, que essa formação considere principalmente as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Somente assim, algumas práticas profissionais e alguns modelos congelados de organização do trabalho podem ser reestruturados, originando novas dinâmicas de funcionamento e

tornando menos difícil a já complexa rotina da assistência. Sobre esses modelos arcaicos e suas dificuldades, vejamos o que nos apresenta Feuerwerker (2006):

Ora, a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais à loucura ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se no campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados, medíocres, e, no caso do SUS, mais grave ainda, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002). No campo da democratização, portanto, o SUS real também fica devendo aos princípios e proposições do movimento pela Reforma Sanitária. E, mais grave, esse assunto não ocupa um lugar central na agenda política de construção do sistema (Feuerwerker, 2006, p. 500).

A denúncia da autora nos faz lembrar o quanto, na saúde, as dificuldades dos processos de trabalho surgem com um peso ainda maior e ressalta a dimensão político-ideológica da maneira de como esses processos ocorrem. O debate sobre o distanciamento entre os ideais da Reforma e as condições de exequibilidade dos princípios do SUS também paira sobre o silêncio, o que repercute diretamente na assistência aos usuários.

Com vias a encontrar alternativas para esse furo, surge a promessa de uma quebra do antigo paradigma dos modelos educacionais. Se antes da Educação Permanente predominava uma organização exclusiva de fabricação de produtos para ofertar soluções prontas sob a justificativa de invenções tecnológicas, com o desenvolvimento da Educação Permanente espera-se um rompimento desse modelo, pois ela parte das reais necessidades de saúde, dos problemas, desafios e potencialidades das populações assistidas (Ceccim, 2004).

Aliás, um problema aqui se destaca: quando se nomeia que a população é assistida, já está implícito que o sujeito não pode assumir um papel decisivo e responsável, pois ele necessita de ajuda. Entretanto, a ideia é abordar o sujeito também com suas possibilidades, retirando-o de um lugar de paciente, ou seja, de passividade, e permitindo a revivescência de um espaço onde ele contribua de alguma forma para seu processo de tratamento. No entanto, estará esse sujeito em condições de se tornar “autônomo”, ou esse discurso poderá contribuir para uma lógica culpabilizante de dominação? Nesse ponto, a EPS dialoga agora com os gestores, ao respeitar e valorizar a colaboração da gestão junto aos processos de trabalho.

Davini (1994) propõe como saída para esse impasse à desconstrução de sistemas verticalizados (nos quais a atividade já chegaria pronta para ser executada pelos profissionais e pelos assistidos, sem nenhuma participação concreta dos trabalhadores) para a assunção de uma série de medidas e equipamentos nos quais estão reconhecidos contextos familiares, regionais, sociais, políticos e culturais para assegurar uma abordagem real de acolhimento.

Nela, todos, supostamente, podem ser inseridos ao mesmo tempo como assistidos e também responsabilizados com o cuidado em saúde.

Assim, observa-se a promessa de abandono de um sistema verticalizado de hierarquias políticas e sociais, para orientar a Educação Permanente em Saúde na adoção de uma conjuntura de Rede, articulando desde serviços primários, ambulatoriais com várias especialidades, até aparelhos de alta complexidade, nos quais a assistência à saúde seja prestada, considerando o contexto histórico e as demandas da população local. Tudo isso, no entanto, só se torna possível pela via do quadrilátero da formação em EPS, proposto por Ceccim (2004).

4.1 Integração Ensino-Atenção-Gestão-Controle Social

Para que a proposta do quadrilátero se torne efetiva e galgue eficácia, a Política de Educação Permanente em Saúde precisa trabalhar com o aspecto da integração Ensino-Serviço-Gestão-Controle Social. Feuerwerker (2002) aponta para uma crítica ao modelo brasileiro, o qual trabalha apenas com a integração Ensino-Serviço. No máximo, encontramos outro ponto, que considera um terceiro fator, formando o tripé Ensino-Serviço-Comunidade, relegando-se este último, apenas a presença da população nos enquadre na política, sem que ela mesma saiba ao certo seu papel na formulação, execução e avaliação desta.

Por isso, ainda com essa integração entre os componentes, referindo-nos ao Serviço, este não se resume à simples execução da prática de atenção à saúde. O Serviço precisa desenvolver a condução das políticas de maneira estrutural, gerenciar o sistema como um todo e organizar o conhecimento de modo a operacionalizá-lo de uma forma emancipadora para os cidadãos. No componente comunidade, o objetivo também precisa ser deslocado: não se trata somente da interação com a população, mas da responsabilidade social que o ensino assume. Só há sentido existir a formação profissional e técnica se ela estiver diretamente associada e comprometida com o social. O ensino, portanto, na área da saúde, só terá sentido se associado às reais demandas da população e do sistema de saúde (Ceccim; Bilibio, 2002).

O pressuposto do qual parte a Educação Permanente em Saúde é o da aprendizagem significativa, que trabalha em torno da promoção de sentidos, sugerindo a transformação das práticas profissionais e se baseia na reflexão crítica das práticas dos profissionais de saúde para com os serviços nos quais atuam (Haddad; Roschke; Davini, 1994). Então, essa estratégia considera que a estruturação dos processos de qualificação dos profissionais da saúde precisa, impreterivelmente, ser atravessada pela problematização das

demandas que chegam diariamente aos serviços de saúde e que compõem, portanto, o fator do trabalho.

Segundo Haddad, Roschke e Davini (1994) é nesse ponto onde precisamos pensar a entrada da gestão, aliada aos outros três fatores, pois a formação para a saúde requer continuidade. Não apenas no que diz respeito a mera capacitação das equipes ou a um simples acúmulo de conhecimentos técnicos. A EPS compreende que “o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 50).

Por isso o papel da gestão também se torna essencial e indissociável do quadrilátero. Uma formação, com os requisitos colocados, engloba mudanças no dia a dia da organização dos serviços. Tais mudanças repercutem na forma como a assistência se estrutura. Trabalhar com Educação Permanente em Saúde é mexer, portanto, na forma de funcionamento dos processos de trabalho, é permitir geri-los a partir de realidades que se impõem, é abrir caminhos para escutar o sujeito, uma vez que as transformações não ocorrem apenas em aspectos técnicos, mas incluem mudanças nas relações, nos processos de saúde e, particularmente, nas pessoas.

Daí o papel da gestão também ser crucial, pois se não houver espaço para essas questões circularem nos serviços de saúde, será possível atuar com a proposta de Educação Permanente?

Faz-se necessário que todos os âmbitos estejam dispostos ao diálogo e ao compromisso com as mudanças:

A mudança somente repercutirá na formação e na atenção quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas. Entretanto, dentro de um colegiado, todas as instituições têm poder igual, e assim, as instâncias de gestão exercem sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal e contextualizada na realidade concreta onde estão inseridas (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Essa forma de gestão compreende a quebra da verticalização nas relações de trabalho e na organização dos serviços. Nesse ponto de vista, surge a dimensão da roda, que promete revolucionar a administração e a condução dos processos gerenciais nas equipes de saúde. De natureza política e com um viés crítico-reflexivo, ela intenciona romper modos de gerenciamentos “quadrados”, que estancam o andamento da assistência e reforçam modelos arcaicos, onde prevalecia o poder hierárquico dentro da instituição.

Nela ocorre a crença de que os processos se tornem menos autoritários e

hegemônicos e que se passe a discutir os problemas do serviço de forma mais democrática. Ela também pode representar um dispositivo de criatividade e de expressão dos sentimentos, trazendo a vivência dos territórios para dentro do equipamento de saúde, ou melhor, desmanchando os muros que os separam.

Nessa interseção coma a roda, nos deparamos com outro ângulo do quadrilátero, o do Controle Social. Desde a constituição de 1998, quando a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, a participação popular nas políticas públicas de saúde toma destaque. Dessa forma, a população agora passa a não ser somente o objeto no qual as políticas públicas se direcionem, e assume um papel decisivo, tanto na implementação, quanto na execução e na avaliação dessas políticas.

Com a saúde não será diferente. Foram criados os Conselhos municipais, estaduais e o nacional. Isso também se relaciona diretamente com os outros três eixos, pois enxergamos que nem as instituições formadoras nem os serviços de saúde podem funcionar sem terem como instâncias reguladoras o SUS e a regulação pública. Cabe também às instituições formadoras, atentarem para promoção da formação de profissionais inseridos numa prática que considerem e permitam a relevância desse controle, que está prevista em lei. Contrariamente ao que possamos pensar o controle social não retira das instituições sua autonomia. Ao contrário, devolve a ela seu caráter democrático, ou seja, permite que seja a sociedade de modo geral que organize e gere a forma como deva ser cuidada pelo Estado.

Tecidas essas considerações sobre os quatro vértices do quadrilátero da formação para a área da saúde, voltemos para nossa questão de partida. A proposta da formação e da EPS vislumbra que a atenção integral à saúde seja a referência do trabalho, com vistas ao desenvolvimento da produção e da autonomia dos sujeitos na condução do cuidado. Essa promessa ocorre baseada no quadrilátero para a Formação. Dentre um dos elementos, encontra-se a dimensão do Ensino.

4.2 O Ensino

No Brasil, como sabemos, a educação sofreu influências e consequências diretas do movimento jesuíta, desde a nossa colonização. Havia predominância de saberes, que culminava num separatismo oficialmente declarado entre professor e aluno. A pedagogia jesuítica tomava como referência um manual em sala de aula, baseado na repetição de conhecimentos. Dessa forma, a aprendizagem acontecia univocamente, ou seja, era unidirecional e imposta pelo saber dos padres jesuítas. Nesse método, as aulas teóricas eram

associadas às aulas práticas, e até hoje essa metodologia é utilizada pela educação tradicional (Ribeiro, 1998).

O aprendiz, nesse contexto, não representa uma peça importante ou fundamental. O papel do professor ainda será o de total e absoluta fonte de conhecimento, de postura moral e intelectual a ser seguida e até copiada. Os modelos são ainda rígidos e padronizados, sem espaço para a dimensão dialógica do conhecimento. A figura do professor detém ainda o total saber sobre toda e qualquer abordagem temática e, conseqüentemente, o aluno continua reduzido a um lugar passivo, no qual não há produção de saber. Sua tarefa resume-se a receber o conhecimento, adotá-lo como verdadeiro sem questioná-lo e dar provas de que conseguiu absorver o conteúdo repassado.

Na educação dita “moderna”, o ensino toma uma característica profissionalizante, acontece em grande escala com a democratização e adota formas padronizadas em seus processos, pois a mudança das questões econômicas e sociais exige também um redimensionamento ideológico e político. Seu objetivo passa a ser dar sustentabilidade a esse novo sistema econômico vigente. Portanto, vai priorizar grandes modelos e padrões em detrimento de questões subjetivas e até sociais.

Atentamos que os mecanismos de ensino e aprendizagem sempre existiram na história da humanidade, e que os métodos adotados também obedeceram a um contexto econômico, político, social e ideológico predominante (Gadotti, 2000).

Com os novos redimensionamentos sociais e culturais, entretanto, novas formas de se conceber os processos de ensino-aprendizagem se apresentaram, de maneira que, considerar o processo de aprendizagem é valorizar a dinamicidade da ação em detrimento à paralisia intelectual do educando, como acontecia no passado. Os verbos ensinar e aprender passam a se conjugar mutuamente numa via de mão dupla, tornando o processo ainda mais complexo e rico.

Além disso, o ensino também se junta à transformação da realidade individual, social, política, ideológica e estética (Ribeiro, 1998). Nesse contexto, o papel do professor também sofre alterações, deixando de ser a figura centralizadora e única responsável pelo saber, abandonando a função de transmitir o conhecimento sozinho, mas adotando a postura plurívoca de promover a aprendizagem, ou seja, de reconhecer também no aluno e em inúmeras outras circunstâncias, elementos que se unem e interagem, numa lógica plurivalente, em conjunto e valorizando a inserção ativa do aprendiz.

Paulo Freire, como sabemos, surge classicamente como o maior representante

brasileiro e um revolucionário mundial da educação. Ele destaca a pedagogia da autonomia, pois sua proposta está "fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando" (Freire, 2000, p. 11). A expressão "educação para a autonomia" enfatiza que a autonomia pode ser construída, consolidada, levando em consideração as escolhas, observações, as vivências, as próprias experiências. Quer dizer, apesar de a autonomia se caracterizar como um fator humano primordial, na medida em que se associa à ideia de dignidade, observamos que nenhum sujeito é espontaneamente autônomo, pois a autonomia é uma conquista, ou seja, precisa fazer parte de um processo dinâmico e plural.

O papel da educação permeia viabilizar a existência de contextos formativos possibilitadores de liberdade para que os educandos possam se fazer autônomos. A conquista da própria autonomia requer, para Freire, o movimento de libertação das estruturas opressoras: "A libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela" (Freire, 1983, p. 32).

Assim diz o referido mestre: "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo" (Freire, 1996, p. 68). Ou seja, o papel da educação, para Paulo Freire, permite e exige a presença de uma dimensão dialógica, na qual o conhecimento não se enraíza em funções e papéis predeterminados e congelados, mas, do contrário, flui através de uma dinamicidade, onde o mundo, com suas infinitas experiências é o mediador dessa experiência única, porém social, da educação.

Freire (1999, p. 21) também afirma: "O aprendizado é o resultado de um processo cognitivo, político, ético, histórico, cultural e social, que se estabelece na relação dialógica e dialética entre aquele que aprende e aquele que ensina". Segundo ele, então, antes de a aprendizagem ser um fator separado e diferenciado ou independente de outras circunstâncias, ela é um resultado, quer dizer, um conjunto de fatores que se correlacionam numa situação de influência mútua e perseverante.

Outro pensador que também foi muito importante e utilizado pela política do ensino para a Educação Permanente em Saúde foi David Ausubel. Ele traz desenvolvimentos importantes sobre a aprendizagem significativa, que se destaca como o principal conceito de uma Teoria da Aprendizagem. Ela consiste num processo através do qual um novo conhecimento ou nova ideia são incorporados a um fator importante da estrutura já existente do indivíduo; mas isso ocorre de forma substantiva e não arbitrária, quer dizer, essas novas ideias se relacionam com o conhecimento prévio que o aprendiz possui. Sendo assim, a estrutura cognitiva do aprendiz é fator crucial para a aprendizagem significativa.

Ausubel (1982) também destaca a interação que acontece entre um novo conhecimento, potencialmente significativo e algum conhecimento prévio relevante. A EPS utiliza essa metodologia quando se refere aos profissionais e equipes de saúde em seus processos de trabalho, pois somente poderá haver a problematização das demandas oriundas do cotidiano a partir daquilo que já existir previamente à situação-problema, que, juntamente com ela, irá formar o material sobre o qual as equipes devam trabalhar nos processos de Educação Permanente em Saúde.

Ausubel (1982) aponta ainda duas condições para que seja possível a aprendizagem significativa: aquele que aprende atribui um significado ao conhecimento novo, pois transforma e é transformado pela aprendizagem. Há uma interação do conhecimento novo com o conhecimento prévio, ou seja, há um destaque para aquilo que o aprendiz já sabe. É partindo disso que o aprendiz vai procurar desenvolver o desejo de saber e aprender coisas novas.

Isso também traz à tona um outro paradigma: o de que, assim como o lugar do professor sofre transformações durante as mudanças dos contextos históricos, o lugar do aluno também se recicla, saindo da antiga postura de passividade para ocupar um lugar no centro do processo. Além disso, esse método leva em consideração o contexto, ou seja, o local e a ambiência, e ainda se ocupa com a aplicabilidade dos conceitos, quer dizer, por trás de um determinado conhecimento ou de uma determinada aprendizagem, há também uma intencionalidade e uma aplicabilidade. Aqui encontramos a relação da educação com a saúde, pois ambas se entrelaçam entre si e também entre a comunidade na qual se inserem.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde baseou-se na utilização de antigos métodos, tradicionalmente influenciados pela filosofia cartesiana. Encontramos nesse método, a cisão entre corpo e mente, razão e sentimento, ciência e ética. Dessa maneira, o conhecimento foi dividido e espatifado em especializações, em campos bem específicos, sempre com o objetivo de conquistar uma eficiência técnica. Tanta fragmentação do saber desdobrou-se no aumento das subdivisões do saber universitário. Os cursos foram diluídos em períodos ou séries e em disciplinas. Sendo assim, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, confunde-se muitas vezes, à reprodução do conhecimento, onde o professor desempenha um papel limitado de transmissor de conteúdos, enquanto o aluno se ocupa apenas da repetição dos mesmos, repetindo uma atitude passiva e receptiva. Nesse sentido, o aluno/preceptor torna-se um simples expectador e não desenvolve a atitude crítico-reflexiva.

A atividade desenvolvida com a intenção de ensinar precisa ser apreendida por todos os seus integrantes participantes. Quando a aprendizagem envolve a autoiniciativa, ela consegue alcançar as dimensões intelectuais e afetivas, consolidando-se mais duradoura e sólida. Nessa ótica, a produção de novos saberes desperta a ideia de que a mudança é possível, através de posturas proativas como o despertar da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além do aumento considerável de exercer a capacidade crítica de observar e alinhar o objeto. Essa aproximação metodológica configura-se para confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecê-lo.

O ato de aprender caracteriza-se, então, como um processo de reconstrução, possibilitando a criação de vários e diferenciados tipos de relações entre fatos e objetos, ocasionando uma cadeia de reconstruções, para contribuir para a sua utilização em inúmeras tarefas ou situações. Segundo Coll (2000), existem duas condições para a existência construtiva da aprendizagem significativa: um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, quer dizer, o posicionamento do aluno que realiza ligações entre fatores novos e aqueles já encontrados na sua estrutura cognitiva. Já considerando a aprendizagem mecânica, isso não se estabelece, pois não se concretizam relações entre o novo conteúdo e o já aprendido. Portanto, a aprendizagem significativa caracteriza-se, de modo complexo, em um movimento dialético de continuidade/ruptura.

Há também o processo de continuidade, através do qual o aprendiz torna-se apto a relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve ser apoiado em estruturas cognitivas já existentes, organizadas como subsunçores. O processo de ruptura, por sua vez, inicia-se pelo surgimento de novos desafios, os quais poderão ser avaliados pela análise crítica, direcionando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências, conceitos prévios, sínteses anteriores e outros, o que terminará favorecendo a expansão de suas possibilidades de conhecimento.

As metodologias ativas utilizam-se da técnica da problematização como recurso de ensino-aprendizagem, objetivando envolver e motivar o aprendiz, pois, fazendo frente ao problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a dar outro sentido a suas descobertas. A problematização permite nos levar a descoberta das informações e a produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar as questões e permitir o andamento de nossos próprios impasses. Ao percebermos que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para aumentar o leque de caminhos, também nos empoderamos para exercer a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.

Zanotto (2003) traz essa problematização, juntamente com Dewey (1970), Saviani (1980) e Freire (1983). De acordo com o primeiro, destaca-se o sujeito ativo, que necessita desenvolver uma situação verdadeira de experiência, com objetivos definidos, importantes e que estimulem o pensamento. Depois de observada a situação, o aprendiz irá procurar e utilizar os conhecimentos e os instrumentais mais encaixados para cada situação. A aplicação prática será a concretização e a comprovação do resultado do trabalho.

Segundo Saviani (1980), apesar de o problema apresentar-se da mesma maneira como em Dewey (1970), a procura da resposta identifica-se com a reflexão-filosófica, que exige requisitos de radicalidade, rigor e globalidade, sendo que tais requisitos estão relacionados de uma maneira dialética.

A partir de Freire (1983), problematizar é uma ação que destaca a prática, na qual os aprendizes procurarão soluções para a realidade preeminente, tornando-se capazes de transformar essa mesma realidade pela própria ação, assim como, ao mesmo tempo, sendo transformados através delas. Durante essas ações, nós investigamos novos problemas, reverberando um processo ininterrupto de buscas e transformações. Portanto, na problematização, nós traçamos e trilhamos algumas etapas, ao passo que refletimos sobre a situação global de uma realidade concreta, dinâmica e complexa, para depois exercitarmos a práxis para, finalmente, adquirirmos a consciência da práxis. Problematizar, portanto, não se resume a somente apresentar questões, mas, principalmente, expor e debater os conflitos inerentes e que sustentam o problema.

Ainda segundo Paulo Freire (2000), não deve haver uma explicitação do núcleo central do problema. Entretanto, devem existir possibilidades significativas de análise, tomando cuidado para não cair na armadilha de rápidas ou enigmáticas conclusões, chamadas por ele de certo jogo de adivinhação, quebra cabeças ou de simplificação. Destacamos mais uma vez que o processo ensino-aprendizagem é complexo, manifesta um caráter dinâmico e não se padroniza de forma linear, como se existisse uma somatória de conteúdos adicionados aos anteriormente estabelecidos. Esse processo envolve ações objetivadas para que aconteça o aprofundamento e ampliação dos significados elaborados pelo aprendiz, através de sua participação.

O ato de ensinar-aprender representa um conjunto de ações articuladas entre si, onde há o compartilhamento de experiências pelos mais diferentes atores, visando à responsabilidade e ao compromisso. O importante é que haja o abandono da velha concepção bancária da educação (Freire, 1986), na qual há um depositário de informações e outro, que recebe e acolhe passivamente essas, sem haver a transformação primordial e característica da

verdadeira educação.

Pelo contrário, a real educação libertadora é um ato político, que empreende uma atitude libertadora de antigas formas de pensar os processos sociais e permite o nascimento e o afloramento de uma compreensão outra do mundo: mais crítica, mais produtiva, mais criativa e responsável, comprometida com o novo e com a capacidade do homem de criar e reinventar-se.

4.3 A Formação

A formação para a área da saúde pela via do Ensino deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estrutura-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 (Ceccim, 2004, p. 43).

Conforme nos ensina Ceccim (2004), a problematização é o ponto de partida para a transformação dos processos de trabalho. Ela serve para disparar questionamentos a respeito da própria estruturação dos processos de trabalho, como eles se organizam e de que forma essa organização interfere direta e indiretamente na assistência à população e às comunidades. A esse respeito, tomemos o texto da Portaria que dispõe sobre as Diretrizes da EPS:

ARTIGO 1º Definir novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Parágrafo Único: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2004).

Pela própria Portaria, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) não pode operar através de uma lógica que desconsidere as diferenças de região, de demanda de formação, de trabalho e de capacidade instalada. Entre a lei e seu alcance, ou seja, entre o poder da lei de reger uma lógica de funcionamento e a colocação em ato de suas diretrizes, observamos, em nosso país, um enorme abismo.

No que se tange à Educação Permanente em Saúde, no Brasil, a formação dos profissionais de saúde não tem considerado a organização da gestão setorial nem a discussão sobre as formas de como o cuidado se estrutura, comportando-se alheia ao controle social, apesar de ser essa a lei que rege o SUS desde a sua fundação. Os modelos de educação permanecem conservadores, arcaicos e herdeiros de uma lógica escolar, além de criarem

sistemas orgânicos e tecnologias especializadas, que dependem de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (Fewerwerker, 2002).

Essa discussão é retomada por Ceccim (2005), ou seja, na contextualização histórica da promulgação da Lei da EPS. O autor afirma que a Educação Permanente deva voltar-se para ações com a finalidade de pensar, problematizar, executar e avaliar as ações de saúde. Essas ações configuram-se como geradoras de trabalho, sem escaparem nem a consequências éticas (pois se relacionam a processos de assistência) nem a implicações políticas (uma vez que reconfiguram antigos modelos considerados hegemônicos). Ele insiste que uma verdadeira educação em saúde só pode haver se existir a inserção da educação pela via do trabalho. Essa proposta, além de desafiadora, é também necessária, pois coloca em pauta a construção de processos relacionais no trabalho, que vão desde o interior das equipes que atuam em conjunto, até uma perspectiva intersetorial e interinstitucional.

A EPS precisa considerar a educação como um processo, que necessita ser incorporado no cotidiano das relações de trabalho pelas equipes de saúde. Ou seja, o elemento transformador das antigas práticas será representado pela construção conjunta dos processos de trabalho, das relações estabelecidas e das consequências desse trabalho para a saúde e para os sujeitos nele envolvidos. Não se trata, portanto, de uma fórmula técnica para ser inserida e adaptada a cada realidade. Pelo contrário, serão as mais variadas necessidades que configurarão cenas e histórias ímpares, demandas que aparentam ser coletivas, mas que exigem a especificidade da diferença como característica maior. Por isso, ao invés de o sujeito se adaptar à técnica, a educação na saúde deverá promover uma inversão: será o conhecimento que se transformará através da acolhida e da sustentação das diferenças.

Já os modelos de gestão capturam os profissionais de saúde como meras engrenagens ou como atividade/meio para atingirem determinados objetivos. As gestões em saúde muitas vezes desconsideram os profissionais como elementos ativos dos processos ou como atores do cuidado em saúde, resumindo-os a uma mera instrumentalidade. Quanto a isso, a linguagem é sábia ao cunhar um termo criado pela Psicologia Organizacional e que foi emprestado à saúde: recursos humanos.

Junto a isso, há ainda a fragmentação do conhecimento que gera uma *expertise* perigosamente dominante sobre as realidades locais das condições de saúde. Esse suposto saber absoluto técnico promete dominar as ações de saúde voltadas às populações e isso nada mais se configura como outro forte e poderoso risco de transformar as ações de saúde numa mera aplicabilidade da política instituída.

O papel da Educação Permanente em Saúde, ao invés de se confundir com esse

tipo de prática, tal como ocorre ao reduzi-la à educação continuada, deve ser o de educar pelo trabalho, ou seja, criar condições e espaços físicos e psíquicos, nos quais os processos de assistência, gerenciamento e políticas de saúde possam ser construídos a partir de uma visão baseada na pluralidade e diversidade de realidades locais de saúde da população. Para que isso seja possível, torna-se necessário e ao mesmo tempo desafiador, não só dar ouvidos, mas escutar o sujeito em suas questões, quer dizer, dar chance para aquilo que emerge através da vivência subjetiva dos problemas de saúde.

4.3.1 Problematizações

Uma questão logo se coloca, pois é exatamente a singularidade do sujeito que não somente denuncia, mas faz fracassar a política, pois consideramos a categoria sujeito através da Psicanálise. Nossa ideia, então, reside na escuta da particularidade do um a um, denuncia a discrepância entre as mais variadas prescrições de condutas higienistas e o sujeito que dali surge e resiste com o vigor da marca de sua radical diferença, que, além de torná-lo único, também reafirma a validade imperativa de seu desejo. Se com Freud aprendemos que não há legislação sobre o desejo a não ser pela força da lei, como pensarmos uma promoção da saúde através da educação sem considerarmos justamente esse sujeito desejante? Sabemos, inclusive, que a lei é necessária, mas o que nos faz questão pode ser exposto da seguinte forma: como pensar o sujeito numa política sem que se percam de vista as implicações éticas de seu desejo? Ou, ainda: é possível transformar demandas em políticas sem que isso ocorra ao preço do anulamento do sujeito?

Pensemos, de início, que algo em torno da noção de trabalho seja uma aposta possível. No entanto, os processos de trabalho também se apresentam num modelo bem distante daquele proposto pelo SUS. Fala-se em democratização, em modelos socioassistenciais e comprometidos com a saúde dos cidadãos, porém a forma como os processos de trabalho se organizam é uma das maiores dificuldades para implementar a mudança do modelo técnico e assistencial (Merhy, 2002).

A capacitação e a atualização técnica são apenas um fator do aperfeiçoamento das práticas e não o principal elemento. A formação precisa considerar partes cruciais como a subjetividade, a produção de habilidades, o desejo e a identificação aos princípios do SUS. Os objetivos reais da formação para a saúde podem voltar-se para transformar as práticas profissionais e de organização do trabalho. Não é pela importação de altas e complexas tecnologias que essa mudança se dá, mas pela criatividade e responsabilidade, frutos de um olhar e um pensamento voltados para as necessidades dos sujeitos usuários do SUS.

No que se refere ao SUS, desde seu início e até antes, com a Reforma Sanitária, o Brasil protagoniza um constante movimento social e político para sua consolidação. Já em relação ao ensino, Ceccim aponta, desde 2004, que é urgente um movimento semelhante que busque uma reforma da educação. Nossa posição é interrogar por que essa reforma até hoje não acontece, ou ainda, será que desenhá-la de uma vez por todas é mesmo possível? Podemos acreditar no poder reformulador da educação ou ela, da maneira como é concebida e gerida, perde aos poucos o poder de transformar realidades?

Mesmo com todas as dificuldades de implementação, o SUS operou uma reorientação nos modos da assistência, porém não conseguiu importantes avanços no que tange à formação, pois restringiu os modelos de saúde como um todo e estancou as problematizações dos trabalhadores da saúde em relação às suas próprias práticas. Ouvimos dizer, diariamente, que a culpa é sempre do sistema. Com isso, não há nenhum avanço ou sequer algum questionamento sobre os próprios processos de trabalho: como se organizam, como se desorganizam, como podem ser produtores de saúde ou adoecedores, como engendram mecanismos de alienação e dependência ou possibilitam emancipação e autonomia. Em tal discurso impera um jogo de ordem culpabilizante, que menos prospera uma lógica crítica de responsabilização sobre o trabalho e mais escraviza usuários e profissionais, transformando-os numa população massificada, alheia aos seus deveres e mais assujeitada a uma falsa forma de cuidado: o assistencialismo.

É interessante notar que costumamos associar as práticas assistencialistas, assistidas inclusive por nós, trabalhadores da saúde, diariamente, somente ao âmbito do cuidado propriamente dito. Esquecemo-nos de que o cuidado em saúde estende-se para além da dimensão da assistência, e considera, inclusive, o controle social, a gestão e o ensino. Então, sejam quais forem as ações (ensino, gestão, assistência e controle social), podemos atuar sem levar em consideração as reais necessidades dos sujeitos. Mas a que lógica essas ações, enfim, obedecem? A que intuítos servem? A que fins podem levar o sujeito em nome da operacionalização da política?

Ceccim (2004), quando destaca a importância do quadrilátero da formação para a área da saúde, assim nos revela:

A necessária aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formação política deliberativa sobre o setor – características fundantes de uma educação em serviço – tem ficado relegadas à condição de produto secundário quando interrogamos as relações entre educação dos profissionais e trabalho no SUS (Ceccim, 2004, p. 9).

Com essa afirmação, percebemos a importância não somente da ligação entre atenção, gestão, ensino e controle social, como também observamos a denúncia que esses fatores não são respeitados e valorizados diante da importância que representam para os processos de trabalho e de educação no SUS.

Tomando como referencial tal proposta, a que tipo de ideologia, no entanto, podemos afirmar que a formação obedece no Brasil? Sarreta e Bertani (2009, p. 01) apontam que “a formação dos profissionais está voltada para as demandas do mercado capitalista e não atendem às necessidades de saúde da população”. Tal afirmativa denuncia um grave estofamento que se impõe à realidade brasileira: como implementar uma política que propõe trabalhar questões inerentes à saúde da população (com vias a produzir sujeitos ativamente responsáveis pela condução de seus processos de saúde) sem, no entanto, cair na vala do sistema capitalista, o qual, por sua vez, sustenta-se e opera numa lógica completamente oposta a essa proposição?

Aqui, surge a dimensão do Ensino, sobrepondo-se para realizar uma “Reforma da Educação”, onde seja possível o acolhimento do interesse público “no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 44). Mesmo estando a cargo do SUS, as funções dos modos de cuidar e tratar as pessoas e apesar dos avanços nos modos de operar o ensino e a aprendizagem pelo trabalho, o ensino deve ressaltar as proposições críticas sobre como operam os modelos de assistência, para questionar condutas cristalizadas, centralizadoras e autodenominadas danos da verdade, numa posição hegemônica.

O Ensino, portanto, também aliado aos outros três fatores, precisa engendrar uma operação crítica, onde a padronização dê lugar à criatividade, a abertura ao novo e a estruturação dinâmica do conhecimento pela via da problematização. A análise da educação dos profissionais de saúde requer “mudar a concepção hegemônica tradicional para uma concepção construtivista” (Ceccim, 2005, p. 166). Essa mudança não é possível sem que também se mude de uma concepção elitista para uma concepção incentivadora da produção do conhecimento no próprio serviço de saúde. Assim, não será o mero conhecimento que operacionalizará uma transformação, mas o conhecimento prévio associado à problematização é que, de fato, acarretará ganhos e novas sínteses serão produzidas.

A metodologia adotada é a da problematização, na qual se considera a inclusão, a participação popular, o trabalho de campo, onde os atores sociais estão envolvidos ativamente (Toralles-Pereira, 2004). O ponto de partida concentra-se na percepção diária da realidade dos

trabalhadores da saúde, possibilitando a assunção de suas angústias, necessidades e anseios, tudo isso trabalhado de forma coletiva. Cada integrante pode e deve, segundo essa metodologia, contribuir a partir de seu conhecimento prévio e sua interação social, com o objetivo de transformar justamente a realidade social na qual se insere.

4.4 A Formação sob um Resgate Histórico-Político

Dentre as dificuldades e lutas para a implementação de melhorias das práticas de saúde no Brasil e na busca por um sistema mais justo, é preciso considerar as necessidades locais da população, o direito ao acesso à saúde comum a todos e a equidade dessas ações, conforme já visto no primeiro capítulo. A partir dos anos 1970, inúmeros movimentos se juntaram e culminaram na chamada Reforma Sanitária Brasileira, com fins de transformar o sistema de saúde operante na época (Brasil, 1986).

O debate e os impasses sobre as questões referentes à formação dos profissionais na área da saúde não tiveram início, portanto, nos dias atuais. Eles são fruto de um processo clínico, histórico e político que se confunde com o próprio desenvolvimento da sociedade brasileira e, conseqüentemente, com o advento do SUS (Batista; Gonçalves, 2011).

Para, além disso, ou seja, para que o SUS não se congelasse apenas no momento de sua criação, várias estratégias foram pensadas no intuito de consolidá-lo como um sistema capaz de se reciclar e suportar os inúmeros desafios que cotidianamente a ele se impõem. Isso provoca, nos diferentes níveis de gestão, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, significando a possibilidade de o sistema se formar de maneira mais democrática e eficiente (Gil, 2005).

Segundo Machado (2003), na área da saúde, a qualificação de recursos humanos define-se como um conjunto de estratégias e atividades para potencializar as ações das equipes, com o intuito de prepará-las para as demandas surgidas diariamente num contexto repleto de inúmeras diferenças, sejam elas culturais, demográficas ou epidemiológicas. A qualificação possui como objetivo, então, aprimorar os conhecimentos dos profissionais, para que eles possam, teoricamente, atender as constantes mudanças surgidas na assistência cotidiana às populações.

Tais mudanças, no entanto, caso considerem-se a prática diária dos profissionais:

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saída e,

principalmente, nas pessoas (Jaeger; Ceccim, 2004, p. 10).

Nesse ponto, precisamos destacar, conforme delineado pelos autores, o caráter da singularidade, pois eles ressaltam que o principal fator do direcionamento do trabalho para a formação deve dirigir-se às pessoas.

4.5 Formação, Integralidade e Sujeito

Faremos duas considerações sobre a formação no que tange ao seu aspecto de contribuição para a Educação Permanente em Saúde. O primeiro diz respeito à dificuldade de sua implementação graças, ainda, ao distanciamento que mantém com o cuidado integral, por uma série de fatores. O segundo, que mantém relação com o anterior, refere-se à questão da singularidade e, portanto, do sujeito em voga na EPS.

No que tange à integralidade, conforme Escorel e Teixeira (2008), ela pode ser trabalhada, levando-se em conta duas abordagens: uma direciona-se ao sujeito como integral, ou seja, como um todo significado a partir de suas dimensões biopsicossocial e espiritual, enquanto a outra estará voltada para um complexo de cuidados organizado em rede, para acolher e prestar serviços de saúde, em vários níveis de atenção.

Nessa perspectiva, a partir do que se considera ou se nomeia como um cuidado integral observa-se que há um grande abismo entre a formação e essa suposta integralidade. Em nossa experiência profissional, alguns elementos da prática cotidiana num Centro de Atenção para Álcool e outras drogas (CAPS) exemplificam nossa afirmação. As dificuldades de uma assistência integral variam desde escassos recursos financeiros até a desmotivação profissional, incluindo problemas de estrutura física das instalações, número de profissionais inferior ao preconizado pelo Ministério, pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores na escolha para as capacitações, tomadas de decisões verticalizadas, incentivo mínimo para a participação de usuários e familiares em assembleias ou associações, falta de medicamentos, transporte inadequado, recursos escassos de comunicação e vínculos empregatícios precarizados.

Nossa experiência também aponta que cada dificuldade, no que tange à assistência em saúde, prolifera inúmeras outras, numa cadeia crescente em progressão geométrica. Focando apenas em uma dificuldade, ilustremos a questão dos vínculos empregatícios. Tal fator origina impacto direto na tão prometida assistência integral, pois como o usuário poderá ser atendido num processo que não lhe dá a menor garantia, por exemplo, da continuidade do cuidado com um profissional que já mantenha vínculos com ele? A precarização do trabalho

interfere diretamente na construção do cuidado em saúde (Farias; Dalbello- Araújo, 2011).

O SUS, conforme já citamos, é herdeiro de uma origem conflitante: mesmo sendo fruto de forças democráticas na década de 1970 (Arretche, 2005), ele sofre os efeitos da economia neoliberal nos anos 1990. Se, por um lado, encontramos metas capitalistas como privatizações, abertura comercial, livre iniciativa com foco no lucro (Bosch; Lima, 2002), por outro nos deparamos com o desafio da manutenção de um sistema organizado em torno da responsabilização do Estado para garantir a todo cidadão o direito à saúde. Tal impasse repercute direta e diariamente nos processos de trabalho, uma vez que o SUS se desenvolve nessa perigosa querela.

A economia liberal não acolhe o cidadão como sujeito de direitos, mas o captura como um indivíduo consumidor de bens. Segundo Faria e Dalbello-Araújo (2011), “o ideário neoliberal afirma que os bens e serviços como saúde, educação e seguridade social seriam responsabilidade dos indivíduos”. Aqui estamos diante de um ponto crucial: o Estado não é mais o responsável pelo direito à saúde, a partir dessa lógica. Direito esse que se torna ameaçado, pois os gastos do Estado recaem sobre as políticas sociais (Brasil, 2006b).

Diante do exposto, voltamos a destacar o quão se torna grave e complexa a questão da formação dos profissionais frente às ameaças da integralidade enquanto referida a rede de assistência à saúde.

Já nos remetendo ao segundo âmbito, sem nos esquecermos da sua interseção com o primeiro, trabalharemos agora de que modo a abordagem da integralidade refere-se ao sujeito. Dito de maneira mais direta: a partir de qual perspectiva o sujeito é considerado? Só existirá formação na área da saúde se houver relação com esse princípio? Quanto ao último questionamento, Ceccim e Feuerwerker (2004) ajudam-nos, lembrando que:

Se a integralidade da atenção deve ser um princípio norteador da formulação de políticas de saúde e a formação para a área da saúde deve ser uma política do SUS, cabe nos perguntarmos sobre a integralidade da atenção à saúde e a formação dos profissionais (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 1401).

Portanto, para esses autores, trata-se de considerar que não é possível haver formação sem levar em conta o princípio da integralidade.

É na Constituição Federal (1988) onde encontramos as diretrizes organizadoras de uma rede supostamente integrada de assistência à saúde. Segundo a Carta Magna, tais diretrizes são três: a primeira consiste na descentralização da gestão através das diferentes esferas do governo; a segunda requer a participação popular como uma força ativa da sociedade no empreendimento de decisões políticas e na avaliação do sistema de saúde; e a

terceira refere-se ao atendimento integral sendo responsabilidade do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988).

Quanto à última diretriz, retornamos a uma de nossas questões anteriormente citada, porém ainda em aberto: Por que a formação deve, obrigatoriamente, abordar o sujeito numa perspectiva integral? Ou, antes disso, a depender de como esse sujeito seja abordado, é possível uma formação aliada à integralidade?

Percebemos que essas proposições encontram, na sua efetivação, impasses práticos, políticos, epistemológicos e, mesmo, clínicos. Devido a nossa formação e experiência no campo da psicanálise e da saúde mental, perguntamo-nos, desde o início, sobre o lugar do sujeito no SUS. No contexto que definimos até aqui, podemos melhor recortar essa questão pensando nesses impasses apontados no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

Assim, propomos recorrer a uma questão que é problemática e em comum entre a Educação Permanente em Saúde e a Psicanálise, qual seja: a formação do psicanalista enquanto algo permanente implica na paradoxal admissão de que a educação é uma tarefa impossível tal como o governo e o próprio exercício da psicanálise. Se a formação carrega algo de impossível, de infundável, de permanente, como se pode falar de integralidade?

Nosso pressuposto refere-se que, do ponto de vista da psicanálise, existam impossibilidades estruturais entre sujeito e integralidade, o que torna, por um lado, criticável a perspectiva da formação aliada a esse princípio. Porém, por outro, tal pressuposto não inviabiliza que a própria Psicanálise, com suas conceitualizações sobre Ensino e Formação possa contribuir para a EPS, uma vez que ela implica numa aposta ética no sujeito do desejo em seu caráter de permanente construção, tal qual a Educação em Saúde.

Realizadas as considerações sobre Ensino e Formação no âmbito da EPS, propomos agora discutir os conceitos de qualificação e capacitação na saúde para, posteriormente, sob o olhar da Psicanálise, debater a respeito da formação do analista e suas implicações para a EPS

4.6 Formação, Capacitação e Qualificação

Dentre as estratégias mais utilizadas para lidar com a problemática da formação relativa às questões de saúde, a capacitação logo surge como a ideia imediatamente adotada pela maioria das equipes no Brasil. Basta os profissionais se depararem com algum empecilho em suas práticas, logo vem à tona a sugestão de uma capacitação, ou seja, o fomento de várias ações planejadas com o objetivo de criar conhecimento, fortalecer habilidades e desenvolver práticas que até então os equipamentos de saúde não conseguiam manter de maneira adequada

(Feuerwerker, 2009).

Tal forma de pensar pode constituir objeto de confusão, pois induz a identificarmos o processo de formação resumido apenas a capacitar profissionais. Além de tudo, não é suficiente, para que a estratégia de capacitação aconteça, que a equipe se depare somente com alguma dificuldade em sua prática. A capacitação só é realmente possível se existir uma série de fatores institucionais, políticos, ideológicos e culturais que a tornem, de fato, necessária.

Chiavenato (2008) define capacitação como um entrelaçamento de ações pedagógicas, associadas ao planejamento, visando ao desenvolvimento dos profissionais, com o intuito de melhorar a qualidade e a eficiência do trabalho. Tal definição advém do campo das organizações e dialoga com a educação permanente.

No âmbito da saúde, a capacitação surge como uma tentativa de resposta aos desafios das múltiplas demandas do Sistema Único de Saúde. Ela deve levar em conta os processos de trabalho e as mudanças, inclusive pessoais, extravasando a dimensão meramente técnica:

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (Jaeger; Ceccim, 2004, p. 10).

O próprio conceito de saúde compreende uma complexidade de saberes, práticas, ideologias e contextos, o que desmantela uma lógica de relação puramente simplista de causa e consequência. Nossa experiência aponta que por trás do fato de uma equipe encontrar dificuldades de resolver determinadas funções, não necessariamente se encontra uma suposta fragilidade técnica. Por conseguinte, a escolha imediata da capacitação como forma de sanar o problema não se justifica. Várias outras condições podem se relacionar com a questão. Caso assim for, essa metodologia pode, além de não resolver a situação, esconder as reais e verdadeiras origens da situação a ser trabalhada.

Graças a essa visão simplista, muitas vezes o referencial de ensino dos profissionais se torna meramente reduzido a um automatismo pedagógico, no qual uma enxurrada de conhecimentos técnicos promete, milagrosamente, a extirpação de problemas, deixando em último plano uma questão bem mais abrangente, a saber: do ponto de vista do quadrilátero da formação em Educação Permanente em Saúde, qual o seu verdadeiro objetivo

e a que interesses ela pode realmente servir, a depender de como os processos responsáveis pelo seu desenvolvimento se desdobrem.

Compreendemos o processo de ensino e aprendizagem como um caminhar dialógico e dialético, no qual cada sujeito, a seu modo e baseado nas relações com o outro cria e percorre sua própria trilha de conhecimentos e práticas, constituindo, dessa maneira, teias de comunicação. Sendo assim, a problemática em torno da educação não pode, irremediavelmente, se restringir a uma saída de aplicação de métodos e a uma pedagogização das diferenças. Aquilo que, nesse modelo, aponta para o extermínio do que supostamente possa estar na causa do problema, esconde, entretanto, uma perigosa ideologia que reconhece na diferença não uma maneira de transformar o mundo, mas uma praga que deve ser constantemente combatida e dizimada.

Essa visão pensa as atividades educacionais, restringindo-as a um meio de alcançar determinados objetivos, ao invés de provocar grandes mudanças na estrutura dos equipamentos de saúde: sua forma de funcionamento, sua filosofia, sua ideologia, suas técnicas, seus saberes, suas hierarquias (Ceccim, 2004). Em nome de um determinado imediatismo, herdeiro da lógica do capital, ela emana e se promove como uma espécie de heroína da saúde, silenciando os conflitos, sobrepujando-se a eles. Precisamos destacar, todavia, que nessa lógica operante, nem toda capacitação pode levar a um processo de Educação Permanente, porque, mesmo aprimorando o conhecimento técnico dos profissionais, ela não necessariamente induz a mudanças significativas nos processos de trabalho.

No que tange ao conceito de qualificação, Deluiz (2001) afirma que ela se refere ao conjunto de atributos e características de um indivíduo, surgido com o desenvolvimento da divisão do trabalho no capitalismo, objetivando uma complexificação de conteúdos para o acúmulo de saberes, com uma finalidade exclusivamente produtiva. Tal concepção demonstra claramente uma interligação entre o progresso técnico, as transformações organizacionais e as demandas de qualificação do trabalhador, que aqui é reduzido a um objeto.

Nesse sentido, a qualificação representa uma lógica de adequação entre o progresso técnico e as mudanças no trabalho (Deluiz, 2011). O trabalhador é comprimido a um operador valorizado apenas pela sua força de trabalho, oriunda de seus atributos técnicos.

O conceito amplificado de qualificação, entretanto, considera sua dimensão não apenas econômica, mas também em suas vertentes política e cultural. Segundo Vilavicencio (1992), o conceito de qualificação:

não pode ser compreendido como uma construção teórica acabada, mas como um conceito explicativo da articulação de diferentes elementos no contexto das relações de trabalho, capaz de dar conta das regulações técnicas que ocorrem na relação dos trabalhadores com a tecnologia e das regulações sociais que produzem os diferentes atores da produção que resultam nas formas coletivas de produzir (Vilavencio, 1992, p. 01).

Nessa perspectiva, mesmo a qualificação sendo considerada em sua dimensão histórica, expressando as relações sociais, não deixa de reproduzir uma relação de poder entre capital e trabalho (Ferreti, 2004).

A qualificação, no âmbito da saúde, pode ser definida pela articulação de estratégias para o desenvolvimento do potencial dos profissionais, com o objetivo de responder às transformações do cotidiano do trabalho nos mais variados espaços do SUS (Machado, 2003). No âmbito da EPS, em nossa pesquisa, encontramos a qualificação associada aos processos de gestão, o que reforça a ideia de que, em sua gênese, a qualificação obedece a uma lógica produtiva, oriunda do sistema capitalista.

Se uma parte da saúde foi transformada num produto, se com isso foram gerados novos mercados, novas demandas e novas tecnologias, a educação, a depender de como possa se inserir e dialogar na interseção com ela corre o risco de também escorregar na avalanche do consumismo e perder de vista seu principal papel: o de possibilitar a autonomia e de sustentar as diferenças. Essas diferenças, no entanto, devem ser amplamente discutidas e consideradas para, junto ao trabalho em saúde, possibilitarem a o surgimento e a evolução de uma política.

No âmbito da capacitação e da qualificação, temos uma vertente de educação voltada para um ideal de trabalho, calcado na fabricação de um modelo, o qual encontra-se referenciado a uma lógica de cumulatividade, ou seja, a uma lógica desenvolvimentista. Aqui, estamos diante de um ideal de acumulação, no qual o sujeito adquire um nível de desenvolvimento e demonstra isso de uma forma comportamental, para aquele que ocupa um lugar de “superioridade”. Nas palavras de Lanjonquière (1997):

Em suma, o campo educativo passou a se articular a partir de um ponto de fuga *sui generis* - aquele recortado no horizonte pela junção assintótica de semelhante função ilusória. O que, em bom português, significa que o axioma "educar é desenvolver capacidades" está sempre, em maior ou menor medida, bem como explícita ou implicitamente, embutido tanto nas grandes quanto nas pequenas decisões pedagógicas. Obviamente, colocada a problemática nesses termos, a chave da mesma sempre estará nas mãos daqueles que possuem um conhecimento a mais sobre o dito desenvolvimento (Lanjonquière, 1997, p. 28).

Tal modelo exclui a experiência e os processos subjetivos na construção de um saber e privilegia apenas aspectos cognitivos, reduzindo a educação a uma técnica comportamental na qual o indivíduo é comparado a uma máquina: quanto maior seu

conhecimento técnico, suas habilidades, suas aptidões, supostamente maior será sua eficácia, sua eficiência e sua competência no campo do trabalho.

Numa outra perspectiva, entretanto, sob a ótica da psicanálise, veremos que há um não-saber em jogo na construção do próprio conhecimento e que é a partir desse lugar que algo pode ser sempre refeito. Por essa via, a educação representa uma caminhada onde o percurso é recriado por cada novo e diferente sujeito que assume responsabilidades e desafios constantemente atualizados pela lógica dos processos inconscientes. O caráter da formação se torna, por essa via, permanente, mas não porque exija uma fiscalização comprobatória do acúmulo de conhecimento e sim porque traz com ela a marca do impossível enquanto efeito da radical diferença entre os sujeitos.

Embora a EPS admita que haja um impossível em pauta, pois traz consigo a inscrição “permanente”, vimos que seus fundamentos apontam para um modelo e, portanto, remetem a um ideal. Já o impossível denunciado por Freud diz respeito ao real em jogo na constituição do sujeito e, conseqüentemente, em toda e qualquer tentativa de abordá-lo. Entretanto, esse impossível não impede que alguma coisa seja feita, a partir daquilo circunscrito pelo campo da linguagem.

4.7 A Formação do Analista

Desde o início da psicanálise, a preocupação de Freud sobre a disseminação e perpetuação do saber por ele inaugurado sempre ocupou espaço em suas inquietações. Dentre elas, a questão sobre como se dariam os percursos de formação dos atuais e futuros psicanalistas se fez presente em toda sua obra. Isso já antecipa o quanto esse tema se torna crucial ao passo que representa um impasse dentro da história da Psicanálise: ao mesmo tempo em que devem existir dispositivos que a garantam, estes não podem dispensar o caráter ético em prol da culminância de aspectos meramente técnicos.

Sabemos que essa problemática não tem início na atualidade; do contrário, perpassa toda a história do movimento psicanalítico, partindo de Freud e do caso relatado por Breuer sobre Anna O. , no qual este último apresenta dificuldades em lidar com o fenômeno da transferência. Foi o pai da psicanálise, então, quem se questionou sobre a formação necessária e partiu de onde até hoje isso se coloca em conflito: o lugar do não-saber.

Fingermann (2016) nos lembra que, paradoxalmente, o desconforto sobre o tema da formação pode ser tomado, todavia, como um elemento necessário para que se coloque em trabalho tal questão, o que convida cada analista a se implicar nesse processo que não se resume somente aos próprios psicanalistas:

A questão da formação dos analistas, aliás, interessa, apaixonada, atormenta também os não psicanalistas, não somente os seus detratores, que questionam sua validade e sua imperícia, mas também qualquer ser humano que procura um psicanalista para endereçar a sua dor, angústia, questão, falta-a-ser, qualquer que seja a sua maneira de fazer valer, em uma queixa endereçada ao outro, o âmago de sua humanidade singular e incerta (Fingermann, 2016, p. 12).

Falar sobre formação, para a psicanálise, não interessa apenas a ela mesma. É uma indagação que vai além, nasce com ela e a acompanha, desde Freud. Mas é com Lacan que assistimos a uma interessante subversão dos parâmetros estabelecidos como exclusivamente técnicos. O retorno a Freud que o psicanalista francês realizou foi capaz de produzir uma reviravolta na comunidade psicanalítica.

Lacan recorreu à lógica, à matemática e à ética para abordar o tema, o que nos leva a considerarmos a dimensão da castração e do não-saber em jogo. Assim, ainda com Fingermann, “não se pode responder à questão da formação do analista com preceitos, cartilhas e programas, estabelecidos como sabemos com as melhores das intenções” (Fingermann, 2016, p. 34).

Por conseguinte, uma formação aliada ao pensamento lacaniano não deve se ater a uma dimensão pedagógica do ensino nem muito menos ocupar-se em responder a uma demanda, pois “não se trata de formar ou formatar analistas, mas de propor um campo de experiência e interlocução no qual estará à prova o desejo do analista, ou seja, as deformações que as análises pessoais teriam eventualmente produzido” (Fingermann, 2016, p. 34).

Na verdade, temos aqui que o tema da formação é atravessado pela produção de espaços nos quais, através da palavra, se coloque em experiência o desejo do analista, com todas as desconstruções e atravessamentos da fantasia, efeitos do trabalho de uma análise.

É nesse sentido, aliás, que Lacan nos adverte sobre a análise didática. Toda ela o será, não porque uma pessoa a procure para se tornar psicanalista, mas sim, à medida que a experiência analítica, ao defrontar o sujeito com a falta e com a castração, o conduza ao encontro com a radical singularidade do seu desejo, além de reposicioná-lo diante de tal descoberta: “o que faz um analista, aquilo que produz a sua capacidade de operar psicanaliticamente, é a sua relação singular com o Real, com aquilo que está fora de cogitação e de imaginação, e com o qual a clínica o confronta” (Fingermann, 2016, p. 35).

Então, o que faz brotar um analista é aquilo que Lacan chamou de “psicanálise pura” e isso não pode ser reduzido a cartilhas, manuais ou qualquer artifício que desconsidere a dimensão da experiência analítica.

Nós somos seres que falamos e isso não é sem consequências. Isso nos insere num patamar paradoxalmente complicado e vantajoso. Complicado, porque o sentido dado àquilo que emana da nossa boca e da nossa experiência será dado pelo Outro. Vantajoso, porque pode ser justamente através da simbolização dos ditos e não-ditos que possamos amenizar os desencontros da linguagem, sem nunca nos livrarmos de todo o mal de seus atropelos. Do contrário: é pela assunção do mal-estar e através deste que algo pode ser produzido e trabalhado.

Não é pela experiência da castração, mas pela constatação da impossibilidade de revertê-la, que se dará a condição para o novo ser inventado e o antigo, recriado. Não é pelo todo e sim pelo e a partir do não-todo. É pela experiência simbólica do trauma do real da falta que se brota o desejo de escutar o outro em sua absoluta e singular diferença. Diferença essa, inclusive, necessária e causadora do reconhecimento de cada sujeito e da manutenção de uma ética eminentemente acolhedora do desejo. Ética identificada ao discurso analítico.

Quinet (2009) nos presenteia com as seguintes palavras:

A psicanálise é a única prática discursiva que leva em conta o desejo. Eis sua função no mundo: deixar lugar para o desejo. É o laço social no qual se abre a possibilidade de o sujeito falar de seu desejo. Seu papel político é o de apontar a causa do mal-estar na civilização, mostrando como essa se efetua num empuxo-ao-gozo produzindo uma quantidade absurda de objetos de consumo que vêm iludir o sujeito quanto a seu desejo. Seu papel na psiquiatria, na crítica literária, no cinema, é fazer, na verdade, surgir o sujeito lá onde ele está foracluído, pelo casamento da ciência com o capitalismo, que predomina em nosso mundo (Quinet, 2009, p. 96).

Com tal passagem e diante do até aqui exposto, consideramos que a formação do analista representa, por si só, um poderoso contraponto ao conceito de formação aliado à área da saúde, uma vez que esta última reforça-se numa suposta primazia de saberes muitas vezes sobressaída como hegemônica, priorizando aspectos eminentemente técnicos e tecnológicos, em detrimento da produção de espaços de palavra, nos quais os sujeitos possam ser considerados a partir de sua condição de seres falantes e, portanto, sujeitos de desejo.

5 DE PACIENTE A USUÁRIO: VARIAÇÕES EXCLUDENTES DO SUJEITO OU A FORACLUSÃO DO SUJEITO NA SAÚDE?

No SUS, que se sustenta e opera através de políticas, encontramos a grafia da palavra sujeito em vários documentos. No que se refere à E.P.S., no entanto, não há sequer uma referência ao sujeito, a não ser quando consideramos a Política Nacional de Humanização, que serve de base e anteparo para a EPS. Relembremos o trecho:

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, de 2003, norteadas pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (Brasil, 2003, p. 8).

No sentido acima referido, o termo está identificado ao indivíduo, “efeito de revestimentos identificatórios e imaginarizantes do sujeito” (Elia, 2000, p. 21). O conceito confunde-se com o de cidadão, onde ressaltam-se direitos e deveres. Nesse ponto, anula-se o aspecto da constituição do sujeito (Lacan, 1966), ou seja, não se considera seu caráter de imprevisibilidade, próprio ao saber inconsciente. Em psicanálise, portanto, o sujeito surge como um relâmpago (Quinet, 2011), para dismantelar processos prescritivos de bem-estar ou de condutas universalizantes e moralistas. O sujeito, representante do saber inconsciente, desconjectura toda e qualquer tentativa de padronização do desejo. Há, aqui, a importância destacada para a questão da radical diferença que, com Freud, suporta a inviolabilidade do desejo, fazendo frente à lei que ambiciona controlá-lo.

Será que a EPS, mesmo ambicionando mudanças nos processos de trabalho, quando considera os sujeitos (profissionais, usuários e gestores), o faz em nome de uma suposta abertura para essa diferença radical entre os seres falantes ou ainda acaba por enquadrá-los numa categoria funcional, onde sua presença reduz-se e justifica-se à sua mera operacionalidade?

Na terminologia da EPS e do SUS, encontramos o sujeito em sua dimensão antitética, sujeitado aos ditames de uma política que, ao mesmo tempo em que promete incluí-lo, já se denuncia ao deixar suposta sua própria exclusão, pois o considera não em sua radical singularidade e diferença, mas num todo equânime e massificado.

A adoção do termo “usuário”, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi tomada como um marco importante, pois se criou um discurso em torno da autonomia do sujeito perante o seu processo de saúde-doença. Se antes disso utilizava-se a palavra “paciente”, com a mudança da terminologia pretendeu-se também modificar a forma através

da qual esse sujeito era tratado: de um lugar de passividade para um de supostas atividade e independência, no que tange aos cuidados em saúde.

Uma consulta ao dicionário Caldas Aulete (1958), todavia, nos surpreendeu com a descoberta de um novo significado para o termo. Assim encontramos suas definições:

USUÁRIO:

1. **Que por direito de uso desfruta de alguma coisa**
2. **Que serve para o uso**
3. **Aquele que tem o direito de usar algo coletivo, geralmente ligado a um serviço público ou particular.**
4. **Dizia-se do escravo de quem se tinha o uso, mas não a posse legal.**

No verbete original: Que ou quem tem a posse ou gozo de alguma coisa pelo direito de uso: O usuário ou morador usuário não pode vender, alugar nem trespassar por qualquer modo o seu direito.

No sentido referente ao item 4, encontramos que o usuário seria um escravo, que só tem a posse por direito de uso, ou seja, o usuário não é o dono dos equipamentos do SUS. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que o SUS é de todos, ele não pertence a ninguém. Nesse ponto, está ou não o sujeito incluído fora do próprio sistema?

Toda tentativa de generalização ou universalização incorre na consequência do apagamento do sujeito do desejo (*Wunsch*). Se, com Lacan (1966/1998) aprendemos que a Ciência somente considera o sujeito para dele não querer saber e, portanto, não o reconhecer como desejante, será que não assistimos a uma cena semelhante ao utilizarmos o termo usuário para representar o sujeito no SUS, uma vez que este se torna escravo do sistema, pois só pode dele usufruir e não ser o proprietário pela posse legal?

Ainda sobre a relação do sujeito com a ciência, temos que esta é “um saber que supõe um sujeito, mas que não opera sobre ele, não o coloca em cena, em questão, fundando-se, antes, em sua exclusão do campo de sua incidência operatória” (Elia, 2000, p. 22).

A fundamentação dessa ideia encontra-se no ensino de Lacan (1966/1998), onde ele afirma que “o sujeito sobre o qual operamos em psicanálise não é outro senão o sujeito da ciência” (Lacan, 1966,/1998 p. 858), pois esta não opera sobre ele, forcluindo-o.¹

Será que, seguindo essa linha de pensamento, poderíamos nos perguntar se o sujeito sobre o qual a psicanálise opera não é outro senão o da EPS, pois, mesmo com todas as diretrizes e princípios do SUS, o sujeito, quando considerado, é de fato convocado a se fazer presente e responsabilizado pelo seu desejo ou, ao ser nomeado como usuário, torna-se dessa forma também incluído fora do sistema? Para respondermos a isso, recorreremos ao texto da

¹ A forclusão é um termo do Direito, que Lacan toma de empréstimo para designar o mecanismo específico da psicose. No presente texto, o termo corresponde a “incluir fora” .

PNEPS.

5.1 O Sujeito na EPS

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a grafia da palavra “sujeito” associa-se a “sujeitos coletivos e socialmente responsáveis”. (BRASIL,2004) Essa é a sua concepção de sujeito: ou ele está relacionado a algo próprio ao “humano”, ou se configura como um cidadão consciente de seus direitos e deveres.

A Organização Mundial da Saúde e a Política Nacional de Humanização preconizam a humanização do cuidado. Ao escutarmos a sonoridade da palavra “humanização” podemos nos perguntar: qual a razão de se nomear uma política nacional com tal palavra? O que se entende por humanização? Qualquer atividade que seja realizada por humanos, por si mesma já não seria humanizada?

Nas referências ao dicionário Caldas Aulete (1996), humanizar significa: 1)Tornar-se humano ou adquirir características humanas; 2)Tornar(-se) benevolente, agradável; 3)Tornar(-se) civilizado, sociável, acessível Já a palavra humano: 1)Referente ao homem, à sua natureza e condição. ;2)Compreensivo, bondoso; 3)O ser humano, criatura, homem, indivíduo.

Temos que, na utilização dos termos, imediatamente nos deparamos com algo da ordem de um estranhamento, *Unheimlich*, (Freud, 1919/1996), pois já não reconheceríamosno humano sua capacidade de ser sociável e, ao mesmo tempo, rechaçaríamos aquilo que pulsasse no sentido contrário, como se a maldade, a crueldade, a agressividade, a impiedade, a hostilidade, o malogro das relações, a inveja, a desmesura, (entre tantas outras características) não fizessem parte também disso que nomeamos como humano?

Partindo da leitura da Psicanálise, consideramos que tudo aquilo que se encontra na função da fala e no campo da linguagem (Lacan, 1956/1995) corresponde ao sujeito. Dessa maneira, o sujeito sobre o qual opera a Psicanálise é o mesmo da Ciência (Elia, 2000), do cogito cartesiano. A Psicanálise considera que o sujeito não é apenas esse humano confundido com o benevolente e sinônimo de bondade, mas o humano em sua dimensão também da qual a Ciência parece em nada quere saber. Estaria a EPS também nos mesmos trilhos da Ciência, conforme nos perguntamos no início de nossa pesquisa? Nesse momento, já dispomos de elementos teóricos e de relatos de nossa experiência para afirmarmos que sim. Na EPS, a concepção de sujeito restringe-se a algo apenas identificado imaginariamente ao cidadão, ou ao indivíduo, ou, ainda, ao humano que necessita de ajuda. Tomemos o termo em sua literalidade: Educação Permanente em Saúde. O significante “permanente”

encontra-se na intercessão entre dois ofícios impossíveis para Freud (1937/1995), pretendendo uni-los. O sujeito só é aqui considerado caso demande algo relacionado à cura ou à aprendizagem.

Com o referencial psicanalítico, falar sobre o sujeito é falar da dimensão de um vazio, de uma falta de algo que estamos a todo o momento tentando sanar, inclusive através das políticas de saúde, dentre elas a PNEPS. É por isso que, para a Psicanálise, se há um impossível, esse está ligado ao real em jogo na constituição do sujeito. Entretanto, quando uma política se consolida para pretender dar conta desse impossível, o que assistimos é a uma radical ignorância de que a saúde e a educação são tarefas impossíveis e de que o sujeito esteja constituído por uma falta-a-ser².

A política não dá conta desse impossível, pois ela trabalha na tentativa de universalizar a falta através de sua negação. A todo o instante, nossa experiência clínica aponta para isso: que, no meio do caminho, havia uma pedra chamada sujeito.

5.2 O Sujeito na Psicanálise

Não é tarefa fácil escrever sobre o sujeito na psicanálise, pois ela o considera a partir das consequências que a linguagem causa no ser falante. Disso decorre que não há nenhuma forma de capturá-lo, pois ele é sempre um efeito da inserção do homem no simbólico. Para nos determos a essa questão, é preciso resgatar na obra freudiana o rigor conceitual da constituição da Outra cena: o saber inconsciente e a radical subversão no cogito advinda desse saber.

Com a *Interpretação dos Sonhos*, em 1900, Freud demarca para sempre uma ferida narcísica com a qual a humanidade e Ciência lidam até hoje. Nessa obra, Freud demonstra a sobredeterminação dos processos psíquicos, ou seja, através dos sonhos se interpreta que nosso psiquismo não se constitui apenas de uma razão plena e absoluta, mas que essa mesma razão é solavancada por processos inconscientes. Dessa forma, o homem deixa de ser identificado a um animal racional e absolutamente consciente de suas ações e passa agora a ser obrigado a reconhecer que sua razão vacila, manca e falha à medida que o desejo (*Wunsch*) inconsciente emerge.

Para Freud, portanto, o sujeito é o sujeito do desejo, marca constituinte de sua existência falante. Aqui, desejo não se confunde com necessidade, encontra-se para além dela, extravasando-a, uma vez que o objetivo dele não é satisfazer-se, mas ser reconhecido. Dessa

² O conceito de falta-a-ser diz respeito à noção do real enquanto impossibilidade de determinação e de completude do sujeito.

maneira, o completo desconhecimento do desejo por parte do sujeito imbrica-se na formação do sintoma. Foi através da escuta inédita do sofrimento das histéricas que Freud pôde chegar a essa constatação. Em 1895, ele publica, juntamente com Josef Breuer, médico austríaco, seus famosos Estudos Sobre a Histeria. Coube ao primeiro um capítulo denominado “Psicoterapia da histeria”, no qual descreve o quadro clínico e teórico da citada psicopatologia. Mas o fator primordial não se situa exatamente no lançamento do livro e sim na constatação de aspectos clínicos fundamentais, como foi a questão da transferência.

Surgida durante o atendimento de Josef Breuer a uma jovem paciente, este fenômeno iria mudar radicalmente o modo como se compreendia a terapêutica psíquica à época, além de se tornar um fator indispensável ao estabelecimento e condução do tratamento, transformando-se, posteriormente, no motor da análise, ou seja, em sua mola-mestra. O então renomado médico deparava-se com algo absolutamente estranho e repentinamente intrigante. Sua paciente, de pseudônimo Anna O., em uma crise histérica, fez um dado-a-ver de estar grávida. Breuer, assustado, recusa permanecer acompanhando a jovem histérica e comunica sua decisão a Freud. Já Freud, com a astúcia dos grandes gênios, menos se assusta com isso e mais observa, nesse fenômeno, elementos importantes relacionados à fantasia e ao universo simbólico da jovem. Reconhece ali um importante mecanismo no qual poderá trabalhar e desenvolver os aspectos relacionados à dinâmica do inconsciente e de sua lógica desconcertante.

O que faz Freud, então? Atenta-se para o fato de que a suposta gestação da paciente de Breuer não mantém uma relação de verossimilhança, não sendo essa a real questão, aliás, que deveria mesmo preocupá-lo. Em Psicanálise, a verdade não se confunde com o verossímil, mas atravessa o sujeito como uma faca cortante, o que alimenta sua busca incessante pelo seu desejo pelo saber. Dessa maneira, a dimensão da fantasia extrapola o palpável do físico e do material, possibilitando a entrada em cena do universo do desejo e do significante. O predominante e o fundamental se invertem, pois, se há uma realidade preponderante, essa é a realidade da fantasia, quer dizer, do complexo e enigmático universo da falta estruturante e do desejo.

É a partir da escuta do sofrimento histérico que Freud, herdeiro de Charcot, começa a dar os primeiros passos para a invenção da Psicanálise. Com o mestre francês, ele aprendeu a desconfiar que, através da sugestão hipnótica, o sintoma histérico poderia se distanciar de uma etiologia eminentemente fisiológica. O passo avante do pai da Psicanálise se dá à medida que Freud descobre na histeria causas sexuais infantis, ligadas a lembranças traumáticas, como em sua clássica afirmação de que “as histéricas sofrem de

reminiscências” (Freud, 1895).

No entanto, foi com o abandono da Teoria da Sedução e a adoção da Teoria da Fantasia que Freud demarca, em definitivo, a invenção da Psicanálise. Sua experiência clínica o faria largar a ideia de que todas as suas pacientes teriam sido vítimas de um abuso sexual por um adulto, na infância; ao mesmo tempo, o que ele poderia supor era uma cena fantasmada de sedução, efeito de um desejo edípiano. Nesse ponto, o que importava não era mais a realidade externa ao sujeito, e sim a realidade psíquica, corolário da fantasia.

Além de suas inovações a partir da histeria, a dimensão da sexualidade infantil também faria do mestre vienense um grande destruidor de verdades e tabus até então vigentes. Graças à sua obra “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud foi taxado de maníaco sexual, pansexualista, além de sofrer uma série de interpretações impróprias e diferentes de suas considerações. Até hoje, a leitura dos “Três Ensaios” nos reascende o vigor da verdade freudiana, ao mesmo tempo desconcertante e profícua. Seu texto é corajoso e desafiador, pois provoca a pedagogia e a educação da época e dos dias atuais:

Na medida em que prestam alguma atenção à sexualidade infantil, os educadores portam-se como se compartilhassem nossas opiniões sobre a construção das forças defensivas morais à custa da sexualidade, e como se soubessem que a atividade sexual torna a criança ineducável, pois perseguem como “vícios” todas as suas manifestações sexuais, mesmo que não possam fazer muita coisa contra elas. Nós, porém, temos todos os motivos para voltar nosso interesse para esses fenômenos temidos pela educação, pois deles esperamos o esclarecimento da configuração originária da pulsão sexual (Freud, 1905, p.168-169).

A clínica psicanalítica traz implicações imediatas para o conceito de sujeito, pois ela dá as condições para que ele produza uma verdade eminentemente própria, um saber singular, efeitos de um trabalho, que requer o método psicanalítico, disparando o dispositivo analítico e destacando a função operante do analista (Elia, 2004). Se Freud, já em 1895, escuta o sofrimento histérico para além do espontaneamente demonstrável, o faz porque reconhece nele a abertura para a possibilidade de elaboração de um saber sobre este próprio sofrimento. Nesse ponto, o sujeito agora pode surgir como algo capaz de destacar-se pela produção de algo, mesmo que esse produto possa, de antemão, não fazer sentido à lógica consciente. Será pelas manifestações desse saber outro, ou seja, pelas formações do inconsciente, que a verdade sobre o desejo e, conseqüentemente, sobre o sujeito, terá condições de ser produzida. Assim, o sujeito se impõe à experiência.

Nas palavras de Elia (2004):

O sujeito, assim, é uma categoria que se impõe à experiência, na exigência de

elaboração teórica que esta faz ao psicanalista. Se a instalação de um determinado dispositivo acarreta, como consequência das condições que assim se estabelecem, a emergência de determinada produção do inconsciente, impõe-se supor que algo como um sujeito encontre-se em operação no inconsciente (Elia, 2004, p. 17)

A verdade, no entanto, como muito bem nos ensinou o mestre vienense – e continua a nos ensinar graças à abrangência de sua obra – a verdade carrega sempre consigo o desmoronamento de pequenas e grandes estruturas, ou seja, engendra novas maneiras de lidar com a estranheza do humano ao passo que estremece as antigas formas de conhecimento sobre o homem e sua produção. Mas, ainda antes disso, ela jamais pode ser acessada e dita totalmente, constituindo-se NÃO-TODA, pois subverte-se na lógica interpretativa do desejo, inimiga dos bons modos e da velha moral convencionalizante.

Segundo Elia (2004, p. 10), “O saber sobre o sujeito não está ao alcance de todos, e não estará ao alcance de ninguém que não queira se dar ao trabalho psicanalítico”. Esse trabalho, por sua vez, exige a presença do analista e seu lugar que opera uma importante função: a de possibilitar o resgate, por parte do sujeito, de seu desejo inconsciente para, assim, produzir um saber sobre aquilo que outrora não se sabia e, como consequência, posicionar-se frente à cadeia significante, sempre como um efeito desses significantes e nunca como causa.

Dizer que o sujeito é efeito de significantes é dizer que não há uma predominância do sentido e do significado, mas que ambos deslizam na cadeia de significações impostas pelo significante e que a produção de sentidos ou a nova configuração destes só se dá pela predominância do significante sobre o significado. Dito de outro modo, não há sujeito sem linguagem. “A condição do sujeito depende do que se desenrola no Outro” (Lacan, 1966). Lacan dirá que o Outro é condição do sujeito.

A esse respeito, vejamos o que nos diz Izcovich (2016):

Falar do Outro como „condição do sujeito“, nos mostra que sem o Outro, não há sujeito. Mas ao utilizar o termo „condição“, Lacan nos indica também que um sujeito não é o puro efeito daquilo que vem do Outro. Lacan não diz: o Outro é causa do sujeito. Dizer que o Outro é condição implica que dele se deduz que há uma parte para constituir o sujeito que não vem do Outro. O que vem do Outro, podemos deduzir que é o que pertence à essência do sujeito. Com isso, voltamos novamente ao que evoquei há pouco: estamos, uma vez mais, na questão das escolhas inconscientes, que intervêm precocemente e que determinam a constituição do sujeito (Izcovich, 2016, p. 9).

Nossa intenção, portanto, distancia-se de uma suposta tentativa de conceituar o sujeito, mas pretende investigar a forma como ele é considerado pelas políticas públicas, especificamente na Educação Permanente em Saúde. Partiremos de nosso lugar de trabalho, o CAPS-Ad de Sobral.

5.3 O Projeto Terapêutico Singular: o sujeito entre a saúde mental e o mal-estar

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas CAPS - Ad de Sobral iniciou suas atividades em setembro de 2002. Pela Portaria/GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS - Ad representam dispositivos de atenção psicossocial para atendimento de usuários com sofrimento psíquico relacionado ao uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para assistência em municípios com uma população superior a 70.000 habitantes.

O público atendido constitui-se de crianças, adolescentes e adultos que façam uso nocivo ou dependente de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Os CAPS-AD tem o objetivo de atender o usuário visando ao resgate dos vínculos sociais desse sujeito. Outra estratégia utilizada refere-se ao trabalho com as famílias, compreendendo aqui o conceito de família considerando os laços afetivos envolvidos na constituição do sujeito e não apenas características de consanguinidade ou genéticas. Tal apoio contempla desde ações que prestam esclarecimentos sobre questões referentes ao uso problemático de substâncias até o acolhimento e acompanhamento desse familiar em sofrimento psíquico (Manual Saúde Mental no SUS, 2004).

O CAPS-Ad funciona de 8 às 18 horas, nos turnos da manhã e da tarde, de segunda à sexta-feira. Seu suporte assistencial objetiva ser diário, ambulatorial, atendendo pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Para tanto, existe uma estratégia de acompanhamento dos casos, de maneira individual e sigilosa, estabelecida numa relação contratual através do vínculo entre equipe e paciente, que se fundamente no chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Segundo o Manual de Saúde Mental no SUS (2004), a elaboração do projeto terapêutico para o tratamento caracteriza-se por um processo de planejamento que considere circunstâncias de participação individual e situações de reconstruções, a partir da discussão dos casos junto à equipe. Surge a ideia também de um profissional que deve trabalhar como um dos principais responsáveis pela elaboração do PTS, que é o técnico de referência. Sua função é a de acompanhar o PTS junto com o usuário, cabendo aos dois, conjuntamente, criar e recriar as formas de como se constituirá o tratamento desse usuário. Também o técnico de referência torna-se o responsável por manter contato com a família (caso seja necessário). O próprio projeto terapêutico necessita ser avaliado com certa periodicidade, com fins a observar se seus objetivos estão sendo alcançados. A nosso ver, tal recurso mantém vantagens e dificuldades em sua implementação.

Um dos grandes desafios do Projeto Terapêutico Singular já se encontra delimitado a partir de sua nomeação. Faremos uma análise passo-a-passo com cada palavra. A começar pelo nome “projeto”, que nos remete, de imediato, a uma ideia de projeção, de futuro, onde dever-se-ia considerar a dimensão do só-depois*. Quando se estabelece um PTS, a intenção da equipe sugere que o sujeito possa se implicar no tratamento, ou seja, que ele manifeste seu desejo de dar continuidade ao processo. Entretanto, assiste-se, na grande maioria dos casos, a uma preocupação técnica em conseguir fazer com que o paciente possa “aderir” ao projeto, ao ponto de muitas vezes escutarmos colocações como “paciente X não adere a nenhum PTS, não há mais nada o que fazer” ou, ainda “o PTS do paciente Y já foi reformulado inúmeras vezes e ele não adere ao tratamento”. Essas falas apontam para um total desconhecimento da questão por nós colocada, uma vez que sugerem uma completa exclusão do sujeito do desejo, pois apontam para um modelo ideal de Saúde Mental, ao qual o paciente deverá adaptar-se. Caso isso não aconteça, a consequência imediata recai sobre o usuário, muitas vezes desassistido e até culpabilizado pelo suposto “fracasso” do PTS.

Sobre essa questão de um modelo ideal de saúde, no qual possa existir uma forma de se trabalhar através de uma busca incessante pela normatização dos sujeitos, Miller (2011, p. 11) destaca que essa ideia obedece a uma ideologia que ambiciona resolver o problema da saúde pública através de “uma normalização completa, que envolve um condicionamento por meio de métodos cuja crueldade sorridente, apenas conduz ao reforço dos males de que sofrem os sujeitos na maioria dos países”.

Tais condicionamentos e métodos, com vistas a um ideal de saúde, muitas vezes proliferam e agravam o sofrimento psíquico, pois recobrem a força do pulsional em nome de uma abordagem universalizante em torno da noção de normalidade. Consequentemente, as condutas ditas “terapêuticas” reproduzem tais modelos, corroborando uma espécie de estética mental ou uma ortopedia de condutas e comportamentos, pois abordam as questões relativas ao sofrimento humano a partir de uma lógica universal, onde o PARA TODOS deva reinar diante justamente da diferença radical.

Com Freud e Lacan aprendemos que a dimensão do pulsional desmantela esse ideal. A entrada em cena da dinâmica da pulsão quebra qualquer certeza de que a saúde mental exista de maneira a poder moldar uma única forma de se comportar, escolher e desejar, ao ponto de se estabelecer uma garantia de que a saúde seja um bem para todos (Glaze; Monteiro; Otoni, 2011).

Arenas (2011, p. 27) aprofunda o debate ao nos trazer a seguinte indagação: “Como dar lugar ao que escapa da norma do “para todos”, como aquele que encontra sua

maneira própria e singular de funcionamento consegue inserir-se no social quando o subjetivo tem que passar pelo discurso do mestre contemporâneo?”. Acreditamos que o tratamento e consequentemente aqueles que se colocam no lugar de “cuidadores” não podem trabalhar a partir de um discurso que tente moldar comportamentos e escolhas através de condutas higienistas disfarçadas pelo véu da palavra tratamento. A figura do mestre pode ser ocupada, portanto, pelo “profissional de saúde” que se encontra do outro lado da mesa ou da bancada, num distanciamento não apenas geográfico, mas simbólico, representando muitas vezes uma figura de autoridade ou de saber supremo sob o qual o paciente deve não somente obedecer às ordens prescritivas como também acatar que o saber sobre seu desejo encontra-se já produzido. Tal forma de saber nomeada de cuidar pode, de fato, permitir o surgimento do sujeito como aquele que fura a generalização ou o leva a uma condenação adaptativa aos padrões sociais?

Aqui precisamos nos deter agora à palavra “terapêutico”. Sua origem grega nos remete à palavra terapia, referente ao verbo *therapeuó*, que significa prestar cuidados médicos, tratar. Em saúde mental, a terapêutica se democratiza para os mais variados campos do saber, não se restringindo apenas ao cuidado médico, mas englobando uma dimensão social, familiar e religiosa. Na sua origem etimológica, o termo terapia vem de *Therapeia*, que significa também “cuidar, persuadir, convencer” (Mendonça, 2004). No que se refere à psicoterapia, por exemplo, teremos o prefixo “psico” acrescentado, supondo uma terapia que se aplica ao psiquismo, ou seja, na psicoterapia o objetivo é sempre o de restabelecer um estado perdido de bem-estar e de saúde.

A partir da Psicanálise, principalmente na obra “O Mal-estar na Cultura”, de Freud, sabemos que não é possível uma organização social – por mais arcaica e primitiva que seja - na qual o bem-estar prevaleça absoluto. Na própria constituição do laço reside uma renúncia ao pulsional, renúncia essa que obriga o sujeito a ter que lidar com o seu desejo de uma forma a realizá-lo jamais por completo. O encontro com o outro é, portanto, sempre da ordem do traumático, entendendo esse traumático não como algo que gira em torno de um acontecimento externo e acidental para o sujeito, mas como uma impossibilidade de dar sentido à falta advinda da entrada do humano na linguagem.

Como nos lembra Sauret (2006, p. 20), se ao definirmos sujeito como “o que fala no humano”, imediatamente somos obrigados a considerarmos que o nascimento do humano se dá de maneira dupla: tanto no que se refere ao corpo biológico, ao organismo, quanto ao que se remete ao corpo falante, ao sujeito. O surgimento do sujeito encontra-se, portanto, intrinsecamente acoplado à linguagem e seu rabisco operacionaliza-se através de uma lógica

que extravasa o orgânico a ponto de pervertê-lo, ou seja, presumindo uma existência outra, agora discursiva. O mergulho do pedaço- de- carne –que- se - treme no universo da linguagem permite ao humano a entrada no simbólico e na fala. Tal mergulho, entretanto, necessita da relação com o Outro, tesouro dos significantes; e é na perda constitutiva desse encontro onde podemos localizar o advento da falta constitutiva do desejo.

É a fala que possibilitará ao sujeito o poder de simbolização. Esse encontro com a linguagem o obriga a perguntar-se o que é ele, o que quer? Apenas na linguagem o sujeito poderá encontrar respostas para isso, pois serão as palavras misturadas com os afetos que darão vida ao significante, fazendo do pedaço de carne que se treme um corpo que agora pode receber a nomeação de humano.

Sendo assim, aquilo que é posto como terapêutico já escamoteia o sujeito num só golpe, pois o aniquila ao desconsiderar justamente aquilo que mais o atravessa: a falta estruturante, o desejo destrambelhado e a radical singularidade com a qual ele responde à convocação que a linguagem o conclama.

Por último, a palavra “singular” condensa o que colocamos à tona até o presente momento. Não há como considerar o sujeito e evocá-lo sem respeitar o fato de que, se há um saber em jogo na condução da “cura”, este se encontra do lado do analisante (no caso, no paciente/usuário) e não do profissional que, ao ocupar a função de mestre, destitui o saber do sujeito, acabando por contribuir para o fracasso do próprio PTS.

Feitas essas considerações sobre o Projeto Terapêutico Singular, continuamos nos perguntando sobre o lugar do sujeito na Educação Permanente em Saúde, pois, se um de seus quadriláteros se refere à assistência, e se o PTS se coloca como uma das principais ferramentas para a consolidação do tratamento, de que modo o PTS pode contribuir para que o sujeito do desejo seja considerado e posto em voga no cuidado em saúde?

Para responder a tal indagação, precisamos delimitar o que estamos nomeando como o campo da saúde mental. No Brasil, como em diversos países do mundo, o movimento chamado reforma psiquiátrica serviu de referência para pôr em xeque o saber hegemônico da medicina, em especial a psiquiatria. Nesse caminho, o campo da saúde mental se desenvolve através de uma gama de saberes plurais, multidisciplinares, que desembocam em práticas também diversas e heterogêneas.

Em nosso país, a reforma nasce numa dupla vertente: a política e a clínica. Historicamente, a dimensão política tomou um caráter dominante dentro da reforma, realizando fundamentais enfrentamentos no que concerne ao antigo modelo, que segregava o louco do convívio social e criava, artificialmente, um lugar de exclusão e marginalidade. Tal

lugar tornou-se extremamente produtor de preconceitos e estigmas que até hoje, apesar de todas as lutas e do próprio movimento da reforma, ainda permanecem incrustados como uma herança dolorosa e desafiadora. Mesmo assim, a luta pelos direitos e pela cidadania do louco prosperou, combatendo o conservadorismo de certas vertentes manicomialis e de práticas e saberes hospitalocêntricos.

Esse movimento de desinstitucionalização, entretanto, provocou um certo distanciamento das questões clínicas, pois não apenas criticou o velho modelo mas, ao fazê-lo, também se referiu à própria clínica, mesmo que apenas à clínica psiquiátrica. Nas palavras de Rinaldi (2006, p. 142):

... o paradigma da desinstitucionalização que norteou a reforma representou não apenas uma crítica à instituição asilar, com sua cultura antimanicomial onde os direitos mais elementares dos loucos são desrespeitados, mas à própria instituição da clínica – referida à clínica psiquiátrica tradicional – que fundamentou e sustentou, em nome da ciência, práticas excludentes.

Como sabemos, no Brasil a reforma teve como base o modelo italiano da psiquiatria democrática. Graças a isso, o dispositivo da atenção psicossocial ganhou destaque, objetivando a retomada da autonomia do sujeito em sofrimento psíquico para que se consiga a tão sonhada e idealizada “reinserção social” do louco. Contudo, o que sempre caracterizou a reforma psiquiátrica brasileira foi a amplitude de saberes e práticas em torno de sua formulação, permitindo uma vasta contribuição de trabalhadores e recursos que desembocaram finalmente na proximidade entre clínica e política.

Aqui se faz presente, ou seja, a partir da ampla gama de saberes, a inserção da Psicanálise. Por conseguinte, os psicanalistas puderam também contribuir para o estabelecimento do espaço da clínica como algo capaz de produzir a autonomia do sujeito, pela via da escuta de seu sofrimento. Escuta fundamentada numa ética própria, que acolhe e reconhece a infinita singularidade do desejo. Portanto, consideramos que a dicotomia entre política e clínica nada mais é do que uma cisão preconceituosa e infértil, pois não há sujeito sem o Outro e a clínica psicanalítica é a única que, ao colocar o saber no lugar da verdade, permite ao sujeito que ela seja capaz de reconhecer o seu desejo, freando o gozo do sintoma ao qual estava entregue. Há uma relação com o não-saber muito própria e particular, o que, por outro lado, ao invés de excluir a dimensão política, na verdade a considera como um efeito do encontro do sujeito com a assunção de seu desejo.

Realizadas tais considerações sobre a assistência no CAPS AD, passaremos a analisar as atividades de Educação Permanente em Saúde.

6 O SUJEITO NO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Nossas observações dividem-se entre várias atividades que incluem os quatro eixos do quadrilátero para a Formação da Educação Permanente (Ceccim, 2004): ensino, gestão, assistência e controle social.

No âmbito do ensino, teremos observações sobre as residências que funcionam nos serviços da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – RAISM: a residência médica em psiquiatria e a residência multiprofissional. Também traremos registros do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde, que, apesar de ter sido implementado há quase três anos antes do período da pesquisa, os efeitos das ações desse programa permaneceram e proliferaram na equipe e na assistência, demonstrando ser uma estratégia importante e realmente identificada ao próprio conceito de EPS, pois ela possibilitou significativas mudanças no trabalho, conforme relatos dos próprios profissionais da RAISM.

No âmbito da gestão, encontramos aspectos pertinentes aos momentos de discussão em equipe, tanto em rodas de categorias quanto nas rodas da equipe multiprofissional. Fatores que variavam desde as condições de trabalho até a discussões de casos clínicos demarcaram a importância desses recursos para a ventilação de saídas para as angústias e queixas dos profissionais, além da continuidade de um espaço para o debate interdisciplinar sobre as conduções dos PTSs, apesar de algumas limitações políticas. Mesmo assim, alguns impasses também surgiram e se destacaram no cotidiano do trabalho. Não nos deteremos nessas questões, apesar de manter ligação com nosso objeto, pois recortamos a vertente do ensino-assistência como prioritárias em nosso estudo.

Na assistência, encontramos o maior número de exemplos onde pudemos verificar com mais fervor o desafio da EPS no que tange ao lugar do sujeito nessa política, pois a escuta diária do sofrimento psíquico pôde render vários questionamentos,

No âmbito do Ensino, destaca-se a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e a Residência Médica Psiquiátrica, ambas consideradas salutaras para a formação de profissionais capacitados e engajados para o cuidado em saúde mental. Nossos registros levaram em conta a Residência Multiprofissional, por considerar que ela possui mais momentos relacionados à EPS.

Um dado importante nesse momento da pesquisa destaca a relação entre o ensino e a assistência, pois a EPS considera imprescindível a contribuição que a assistência pode dar à aprendizagem. Tal fator justifica, inclusive, a própria implementação da Residência em

serviços de saúde, uma vez que o trabalhador residente tanto pode por em prática seus conhecimentos adquiridos durante a graduação, como também adquire novos conhecimentos pela via da experiência.

6.1 As Residências

A Residência Multiprofissional inclui cinco categorias: enfermagem, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional. Nosso acompanhamento ocorreu junto ao residente de psicologia, por conta das atividades de preceptoria no CAPS AD. Dentre as funções desempenhadas pelo residente, está o acompanhamento psicológico individual. Cada residente permanece um ano no serviço, ocorrendo o rodízio entre os integrantes de cada turma, revezando-se entre o CAPS II e o CAPS AD.

No acompanhamento psicológico individual, vários elementos são importantes para que ele ocorra de maneira ética e que o dispositivo da clínica seja possível. A partir da Psicanálise, um fator primordial para a instauração do dispositivo analítico é a transferência, ou seja, a atualização da realidade (sexual) do inconsciente junto à instauração de um Sujeito-suposto-Saber, mola propulsora da análise. A dimensão da relação transferencial também requer um cuidado ético principalmente quanto ao manejo dessa relação, ou seja, ao modo com o qual o analista conduzirá o processo permitindo o surgimento de significantes que operem no usuário uma retificação subjetiva. Sendo assim, a transferência e o seu manejo exigem condutas éticas que ultrapassam a mera compreensão de que entre o profissional e o usuário haja apenas um vínculo afetivo, proliferando os efeitos desse vínculo para além de categorias imaginárias e incluindo, portanto, a dimensão do simbólico e do real.

Mesmo por conta do curto período em que o residente acompanha o paciente, considera-se que algo possa ser produzido nessa relação. Entretanto, a depender do modo de condução da transferência, o paciente pode ser reduzido a uma condição de mero objeto, sendo “assistido” apenas enquanto o tempo cronológico exige do residente o cumprimento da carga-horária. Em seguida, ocorre uma “troca” entre os residentes e o usuário passa a ser acompanhado agora por outro sujeito. Pelo viés da aprendizagem, o residente sai com a impressão de “dever cumprido”. Mas, pela via do usuário, qual será o seu destino? Inúmeras vezes nos deparamos com essa situação, inclusive com queixas dos próprios usuários e perguntas como “o que vou fazer sem o dr. X para me escutar?”

Em relação à residência psiquiátrica, o problema também persiste, pois o rodízio de residentes deveria ocorrer também anualmente. No entanto, por questões de gestão, os residentes de psiquiatria acabam atendendo mais usuários, alternando-se muitas vezes com

frequência semanal. Numa semana, o usuário é atendido por um profissional; em outra, por outro diferente; na seguinte, por um terceiro médico. Quem atende realmente quem? Durante nossa experiência profissional, escutei incontáveis queixas (de usuários e de membros da equipe) sobre tais questões, o que nos faz pensar que esse modelo pode conter furos quando, por um lado, assume um objetivo de cumprir uma exigência pedagogicamente mecânica de carga-horária e, por outro, desconsidera a dimensão transferencial na assistência, o que não se dá sem importantes consequências clínicas e éticas.

Foi com Freud que tivemos notícia dos primeiros registros sobre isso que mais tarde Lacan nomearia como “a mola mestra da análise”, a transferência. Para o primeiro, ela convoca e implica o sujeito em seu tratamento. Para o segundo, ela considera mais uma vertente, a do analista que, nas palavras de Quinet (1991, p. 8): “É o analista com seu ato que dá existência ao inconsciente, promovendo a psicanálise no particular de cada caso”. Sempre haverá transferência quando um sujeito procurar outro, na perspectiva de que esse outro possa, supostamente, saber algo sobre o seu desejo ou seu sofrimento, com vias a elucidar uma saída. Com tal suposição, estabelece-se um laço, num movimento em que a condução dessa transferência pode levar ao impulsionamento da construção de algo novo, de uma descoberta de um saber sobre aquilo que até então se demonstrava não-sabido.

A posição desse outro a quem foi suposto um saber não pode, no entanto, sustentar-se a partir de um lugar de quem realmente saiba, (porque, afinal, quem pode um dia saber sobre si mesmo é o próprio sujeito), pois tal ato impediria justamente a própria construção desse saber por parte do sujeito, reduzindo-o, assim, a um objeto e excluindo-o do próprio processo de operacionalização do cuidado. Portanto, estamos diante do manejo da transferência, ou seja, tão quanto ou mais importante do que a suposição de saber estabelecida pelo paciente para com o profissional é a forma com a qual opera esse profissional diante dessa suposição. Por conseguinte, encontramos sérios problemas referentes à transferência, não apenas por parte do paciente, mas inclusive por parte de quem se encontra do outro lado da bancada ou do birô.

Se considerarmos o âmbito das instituições, raramente se cogita que possa haver dificuldade na escuta por parte de quem ocupa o lugar de “doutor”, figura imaginariamente associada a um sujeito responsável, portador de conhecimento e de uma “saúde mental” relativamente capaz de autorizá-la a prescrever não apenas medicações, mas, inclusive, condutas e modos de comportamento inerentes a um certo tipo de modelo identificado aos ideais sociais. Ao paciente, cabe apenas a insana missão de obedecer às “orientações gerais”, muitas vezes confundidas com princípios terapêuticos sem os quais cairia por terra qualquer

tratamento.

Encontramo-nos diante de uma relação agora não apenas dita terapêutica, mas onde um injusto jogo de forças se estabelece. Nossa experiência pôde nos remeter a vários momentos nos quais a supremacia e o abuso de poder por parte de quem se encontrava do “outro lado” eram confundidos com projetos terapêuticos ou formas de cuidar.

Nessa medida, assistimos a uma operação que se dá em torno do sujeito da ciência, ou seja, em torno da qual se observa uma exclusão do sujeito do inconsciente, conforme nos ensina Elia:

Mas a ciência moderna, se ela estabelece as condições de aparição real do sujeito (...) não o toma em consideração, não opera com ele nem sobre ele. Pelo contrário, o exclui de seu campo operatório no momento mesmo em que, ao constituir este campo, supõe o sujeito. O sujeito é suposto pela ciência para, no mesmo ato, ser dela excluído, ou, mais exatamente, ser excluído do campo da operação da ciência (Elia, 2004, p. 14).

A minha presença enquanto psicanalista num dispositivo de saúde mental nos permite dizer que aquilo que se exclui no campo da ciência retorna de algum modo, pois é a experiência da clínica psicanalítica que, ao convidar o sujeito para que ele fale “livremente”, abre espaço para a manifestação da subjetividade enquanto radical diferença. Esse retorno do sujeito sempre ocorre, mas em grande parte dos casos ele passa despercebido ou, ainda, causando estranhamento nos membros da equipe de saúde mental.

Pude constatar isso nas falas de alguns profissionais quando, por exemplo, eles se referiam a determinadas demandas surgidas sempre a partir de um lugar em que deveriam dar conta delas sem que, necessariamente, fosse possível questioná-las. Nesse trabalho, presenciei vários momentos de tensão e de angústia da equipe, pois muitas vezes os “técnicos” eram chamados a responder a partir de um lugar onde seriam praticamente os responsáveis pela vida dos pacientes assistidos, o que levava a uma relação de mútua dependência: de um lado, os pacientes com suas queixas e suas demandas; de outro, os profissionais ocupando uma posição de quem estaria apto a resolvê-las a qualquer custo.

Entretanto, em algum momento o plano da equipe de proporcionar “saúde mental” fracassava, seja enquadrando os usuários em um modelo comportamental de normalidade, seja objetivando uma espécie de cura, pois a própria ambição terapêutica já carrega em si mesma o selo de tal fracasso, uma vez que se apresenta cega ao modo como cada sujeito se faz presente através da demanda de reconhecimento de seu desejo. Com a Psicanálise aprendemos que o sujeito fura o saber do discurso da ciência e que a ambição curativa é de tão pouca utilidade quanto a ambição educacional. Segundo Figueiredo (2008):

Também o furor curativo é fustigado por Freud em um sem-número de passagens. Querer ajudar, querer curar a todo custo, a toda pressa, a todo transe, está em oposição ao que seria recomendável: uma inabalável mas discreta convicção de possibilidade de cura. Não se trata de repetir ostensivamente esta convicção, mas de retirar dela a firmeza e a consistência necessárias para insistir na posição de analista. Há permanentemente nos textos freudianos uma advertência contra querer ir ao fim do caminho da cura em uma linha reta e em um ritmo regular. É preciso deixar que as coisas aconteçam e ter a íntima convicção de que acontecerão a seu tempo e a seu modo (Figueiredo, 2008, p. 22).

Por trás da demanda, há algo em torno das questões do sujeito. Muito antes de tentar respondê-la, o lugar do analista proverá meios para que o sujeito saia da procura por respostas e possa transformar sua demanda numa interrogação, implicando-se nela e, conseqüentemente, em saídas próprias e singulares, mesmo que elas não representem os modelos de ideais apregoados, muitas vezes, pela própria equipe de saúde mental.

6.2 Psicólogo ou Psicanalista?

Para que possamos exemplificar isso diretamente, precisamos fazer um rápido retorno ao início de minhas atividades em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD.

Logo a partir de minha chegada a esse dispositivo, algumas indagações me angustiaram sobre a maneira com a qual a Psicanálise poderia contribuir no que dizia respeito ao denominado tratamento de “dependentes químicos”. À época, carregava ainda comigo o ingênuo e ao mesmo tempo ambicioso sonho de que o saber que havia adquirido nos livros fosse abarcar de forma eminentemente eficaz o sofrimento daquelas pessoas que demandavam alguma espécie de cuidado. Sentia-me desafiado pelo que havia lido sobre o assunto, o que, parcial e ilusoriamente me autorizava a empreender algum trabalho direcionado à escuta dos que a mim endereçavam suas falas.

No entanto, o desenrolar dessa escuta cotidiana destruiu por completo minhas ambições de principiante. Foram justamente os próprios sujeitos a quem direcionei uma espécie de expectativa ou planejamento de trabalho que pouco a pouco (mas nem por isso de maneira agradável) desconstruíram o parco saber que carregava comigo. Mais ainda: cada usuário, na singularidade de suas palavras, me reposicionava diante dos questionamentos a respeito de como seria possível, por exemplo, falar em eficácia em saúde mental. Aprenderia ainda que até mesmo o próprio conceito de saúde mental poderia ser posto em xeque, pois os relatos de experiências envolvendo o uso de substâncias escancaravam na minha frente o quanto a dimensão do pulsional instaura no humano um lugar de excesso, dor e prazer,

denunciando o caráter de paradoxo do desejo e desfazendo a dicotomia entre físico e mental.

Como nos ensina Miller (2011, p. 65), “Entretanto no homem, na humanidade, tudo o que não é físico não se reduz ao mental. Há algo que não é mental, embora pareça. Trata-se do que Freud nomeou de pensamento inconsciente”. Nesse ponto, já temos de partida que o humano, ao ser atravessado pela linguagem, subverte a ordem natural das coisas, promovendo uma enorme reviravolta na natureza. Dito de outra forma: o saber inconsciente faz com que a própria humanidade de natural não tenha absolutamente nada.

Tal saber surge como condição do mergulho da humanidade no universo do simbólico e da linguagem. Ele também traz à tona tudo aquilo que possa se referir aos afetos, às paixões, ao impulso, ao desejo, ao sonho, à morte. Nele, não há contradição ou julgamento, e a libido circula livremente, o que faz do inconsciente o lugar do pulsional por excelência. Sendo assim, Miller (2011) nos adverte que se o conceito de saúde mental foi criado, este serve apenas para obedecer a uma lógica de controle da ordem pública. Tudo aquilo que, porventura, ameace ou perturbe tal ordem recebe um nome e um lugar: a loucura e sua histórica exclusão.

Na escuta de pacientes que procuravam o serviço do CAPS-AD, a todo instante as manifestações do inconsciente surgiam, sempre como algo que fazia furo ao saber científico, independentemente da área de atuação. Era extremamente comum, por exemplo, usuários que se encontravam abstinente da substância que consumiam relatarem inúmeros sonhos nos quais se deleitavam ao usar as drogas. Suas falas muitas vezes eram acompanhadas de sentimentos como insegurança, medo, culpa, ansiedade, receio e até mesmo vergonha do próprio sonho. Certa ocasião, num estudo de caso, um profissional declarou ter repreendido o paciente por conta do sonho, alegando que esse tipo de produção onírica seria um péssimo sinal para a sua saúde mental, uma vez que poderia provocar uma recaída. Outro afirmou que também escutava tais relatos de “sonhos de consumo” e isso o deixava constrangido. Um terceiro posicionou-se de forma extremamente aversiva aos relatos que testemunhava, engajando-se, inclusive, para encontrar uma maneira de impedir que tais sonhos ocorressem.

Os exemplos referidos acima traduzem de alguma maneira o modo como o sujeito é concebido pela equipe: ora como algo que precisa ser tolhido, ora como algo que causa constrangimento, ora como um “vazamento”, que não pode se manifestar e, por isso, merece um lugar de exclusão.

Para a Psicanálise, no entanto, sabemos que Freud empreendeu, classicamente, uma aparelhagem do psiquismo amparado em sua obra fundamental denominada *A Interpretação de sonhos*, de 1900. Nela, encontramos na elaboração onírica o modelo que

serviu de paradigma para a formulação das instâncias psíquicas do sujeito. Freud elabora a clássica frase que ficou famosa e também, como em grande parte de seus escritos, foi interpretada ao bel prazer da comunidade científica da época: os sonhos são realizações de desejo. Mas realizações (disfarçadas) de desejos (não realizados). Ou seja, o sonho é uma formação de compromisso entre o desejo e a censura, para que algo possa se realizar no psiquismo.

A técnica da interpretação dos sonhos consistirá, por sua vez, em fazer com que o sonhador se empenhe no próprio relato do sonho para, a partir desse relato e das camuflagens do desejo realizadas através do sonho, des-cobrir o real desejo ou os desejos que estariam em voga, mas que foram maquiados pela censura. Freud, ao falar de técnica, resgata a ética do um a um, da singularidade, pois reconhece no sujeito o lugar da pura diferença. O sujeito, portanto, não seria definível e sim assujeitado à relação com o Outro. Para Freud, não há uma preocupação em criar uma espécie de dicionário de sonhos, onde cada elemento ou símbolo se relacionasse com um sentido prévio cuja lógica da interpretação apontaria. Não há um intuito de construir um modelo semântico, mas há o convite ao resgate do valor simbólico do sonho. Sua interpretação, portanto, não se dará de forma unívoca, mas plurívoca, pois evocará o caráter de sobredeterminação do significante ao significado.

Disso se deduz que há um saber em torno do próprio sonho, saber esse ligado não a uma construção rígida de sentidos a qual o sonhador deveria submeter-se, mas a uma própria sequência de elementos significantes, ou seja, a palavras, sons, imagens que delimitam e determinam o campo do sujeito. A esse respeito, vejamos o que nos diz Fontenele (2002):

A lógica interpretativa e sua matéria fragmentária fazem, pois, jus à realidade do inconsciente. Mas, para Freud, de que ela é feita? E suportes materiais, compostos pela superposição de restos. Restos de imagens, sons e sensações, impostos ao sujeito ao longo de sua existência. Restos díspares. Fragmentos unidos pela dispersão. O que não admite que o inconsciente seja assimilado como o resquício do desenvolvimento psicológico do sujeito. Nele não há uma história de acontecimentos a ser desvendada; tampouco uma dramaturgia: antes, cenas que falam, imagens detentoras de um valor significante (Fontenele, 2002, p. 22-23).

Em suma, para a Psicanálise, o saber sobre a verdade do sonho não se encontra externamente ao sujeito, mas se constrói juntamente com ele. Por isso, ninguém melhor do que o próprio sonhador para interpretá-lo. Consequentemente, o saber sobre a verdadeira interpretação não se encontra do lado do outro, que detém o conhecimento do discurso científico, mas localiza-se no próprio sonhador, ou seja, no próprio sujeito.

Em dispositivos específicos de saúde mental, como por exemplo, o CAPS Ad,

temos, do ponto de vista técnico e instrumental, que o CAPS Ad é um mecanismo onde se destina um lugar para o tratamento de pessoas com necessidades especiais advindas do uso e/ou abuso de múltiplas substâncias (Ministério da Saúde, 2002). Diariamente, no município de Sobral como em todo o Brasil, novos casos “dão entrada” nesses serviços, sempre com a demanda de assistência e proteção por parte do Estado para com esses referidos usuários.

No entanto, precisamos estar alertas para sabermos interpretar isso que foi nomeado como demanda, pois, por um lado, ela pode se referir a um endereçamento de ajuda para o sujeito ser convocado a se implicar com sua responsabilidade diante do sintoma que produz, ou, ainda, ela pode reduzi-lo a algo que o interprete a partir de um determinado lugar de incapaz de reagir diante de sua condição e de cuidar de si. Como nos alerta Lo Bianco (2015):

É interessante notar de início que esses sujeitos são compreendidos em categorias que já falam de suas demandas: são cidadãos de direitos, consumidores, usuários, clientes que, todos, dependem do atendimento dessas demandas a que fazem jus, exatamente por pertencerem a essas categorias. Nesse momento também observamos a circularidade da concepção adotada para tratar do que está em questão: uma demanda feita em nome de alguém que precisa de proteção é uma demanda fadada ao insucesso, pois, se ela for atendida, esse sujeito que por definição é aquele que precisa de cuidado e de proteção desaparece em sua essência mesma (Lo Bianco, 2015, p. 153).

Nesses casos, o sujeito pode ser resumido ou confundido com sua demanda, perdendo sua característica singular que o demarca enquanto diferença. Quais efeitos isso pode ter diante da assistência, um dos lados do quadrilátero da Educação Permanente em Saúde?

Na prática cotidiana, os equipamentos de saúde mental recebem pessoas com dificuldades e problemas referentes a determinadas demandas, porém a maneira com a qual cada um irá representar e simbolizar os seus sintomas se diferencia extremamente. Isso quer dizer que cada demanda se manufatura a partir dos caminhos que cada sujeito percorre pela trilha do seu desejo.

É importante recebemos um sujeito ao invés de um paciente. Isso implica efeitos diretos na demanda. Não se pode saber ao certo o que um usuário demande do serviço, caso não se estabeleça uma relação transferencial, seja ela qual for. De qualquer maneira, dar-se no um-a-um de cada caso. Esse sujeito precisa ser convocado a responder a partir de seu lugar no mundo e não a partir de uma lógica adaptacionista, fruto de ideais morais e/ou religiosos.

Em Psicanálise, a demanda será justamente aquilo que distinguirá o “desejar” do “necessitar”. Apesar das mais variadas representações que o termo assumiu, é preciso

diferenciá-la da necessidade. Aquilo que se encontra no específico do humano é que ele é o único animal da natureza que depende de outro humano para saciar suas necessidades mais básicas. Tal dependência se dá através da utilização da palavra e, portanto, da linguagem. Contrariamente ao mundo dos animais ditos “irracionais” (no qual o instinto, como algo da ordem de uma programação, garante certo tipo de comportamento animal biologizante), o universo do humano estabelece ao sujeito que ele demande, ou seja, que esse sujeito enderece palavras ao Outro, através das quais ele já se torna, automaticamente, dependente desse lugar de poder que o Outro assume através da própria demanda.

Sendo assim, no momento em que o próprio sujeito se assujeita ao outro, anula-se a especificidade daquilo que até então era tido como sua necessidade, em nome agora do que realmente se torna importante: a resposta desse outro como tal. Há, aqui, uma passagem da necessidade ao desejo, pois a demanda se transforma, abandonando o objeto inicialmente suposto necessitar e voltando-se para o reconhecimento, por parte do outro, de seu desejo. O que se quer, agora, é ser reconhecido enquanto sujeito que deseja. O sujeito, em Psicanálise, nasce, portanto, a partir de sua imersão no mundo da linguagem.

Vejam o que diz Chemama (1993) a respeito:

Ora, a Psicanálise leva a pôr em destaque não uma subjetividade, mas um assujeitamento, o qual entendemos como aquilo que pode *determinar* um sujeito, produzi-lo, causá-lo: sua história e, mais precisamente, a história de um dizer, aquilo que já estava lá, antes mesmo de seu nascimento, no discurso de seus pais, aquilo que, depois de seu nascimento, não cessa de acompanhá-lo e de orientar sua vida, em um “tu és isso” sem escapatória (Chemama, 1993, p. 48).

Em Psicanálise, aquilo que se pode depreender sobre o sujeito advém de uma realidade discursiva. Em relação a esse sujeito falante, reconhecemos a impossibilidade da existência de alguma realidade anterior à realidade discursiva, ou seja, “o sujeito falante se inscreve em uma realidade discursiva preexistente, a partir dos significantes do campo do Outro” (Coutinho Jorge, 2002, p. 25).

Empreender e apostar nessa Outra realidade talvez tenha sido o maior trabalho e o mais duro desafio em minha prática como profissional no CAPS-Ad. Os efeitos desse engajamento só-depois se fizeram apontar. O empreendimento dessa pesquisa pode ser um deles.

6.3 As Discussões de Caso nas Rodas de Equipe

Retornando a nossa questão a respeito das consequências do desalinhamento entre necessidade e demanda, compartilharemos agora o exemplo de um caso clínico estudado num espaço de roda de equipe. Essa atividade fez parte do que foi nomeado pela gestão como um momento de Educação Permanente em Saúde. O caso ilustra como o manejo dessas nuances é capaz de criar efeitos muitas vezes controversos na política de assistência.

O referido usuário tem cerca de cinquenta anos, reside com a genitora e um irmão. Iniciou seu acompanhamento no CAPS-Ad de Sobral no ano de 2008, por conta de problemas associados ao uso de substâncias etílicas. No período do estudo de caso, encontrava-se abstinente de álcool já fazia dois anos, fato que disparou a interrogação, por parte de alguns integrantes da equipe, sobre sua permanência no serviço ou respectiva alta, uma vez considerada sua atual condição psicossocial.

Na data da discussão de caso, o usuário encontrava-se com o seguinte PTS: grupo de atividade física (durante duas vezes na semana), oficina de reciclagem (semanal), grupo de cinema (semanal) e acompanhamento psiquiátrico (trimestral), além do acompanhamento com técnico de referência (quinzenal). Sua família, apesar de reduzida e composta por uma genitora idosa e doente, mantinha um importante vínculo afetivo, demonstrando acolher suas questões e criar possibilidades de conviver com ele de maneira menos conflituosa possível. Quanto ao trabalho, não havia mais conseguido restabelecer antigos laços com o ex-patrão, uma vez que as constantes e várias recaídas haviam quebrado o elo de confiança por parte deste. Foram tentadas outras vias de trabalho, mas todas esbarraram na precariedade técnica e num certo desinteresse do próprio usuário. Quanto à religião, dizia-se católico não praticante, tendo visitado igrejas evangélicas, mas “desistido” por que todas queriam apenas o seu dinheiro. Em resumo, sua vida girava em torno das atividades que desenvolvia no CAPS-Ad e numa curta, porém forte ligação com a família.

Quanto ao que gerou o estudo do caso, a equipe se dividiu diante dos supostos encaminhamentos. De um lado, havia os profissionais que defendiam a permanência do usuário no CAPS-Ad, sob a prerrogativa de que ele não teria mais condições de arranjar emprego, de recuperar seus laços e que sua “alta” poderia colocá-lo diante de possíveis “fatores de risco”. De outro, tínhamos o grupo dos que indicavam o desligamento do dispositivo, alegando a condição de abstinência do usuário e sua consequente falta de “perfil” para ser acompanhado no serviço, além de questões burocráticas como, por exemplo, ele estar ocupando o lugar (no transporte) de um outro que precisaria mais, e de uma certa alegação de

que não se pode cronificar um sujeito no CAPS.

Após muitos impasses, a decisão tomada foi, de fato, a alta do CAPS-Ad, porém com um encaminhamento para a respectiva Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando houve, porém, a comunicação da conduta ao usuário, este reagiu com um misto de indignação e tristeza, chegando a pedir sua permanência no serviço, alegando que não se sentiria mais feliz sem comparecer aos “encontros” com os demais “colegas”. Mesmo assim, seu pedido não foi escutado e o encaminhamento aconteceu. O usuário chegou a ir sozinho ao CAPS-Ad, (pois sempre ia levado pelo transporte) para frequentar “clandestinamente” os grupos. Novamente foi informado de sua “alta” e orientado a procurar ajuda na atenção primária. Dois meses após a alta, o mesmo usuário encontrava-se no CAPS-Ad novamente, dessa vez não de forma clandestina, mas atendido em acolhimento, pois havia “recaído” fazendo uso de etílicos.

O cuidado psicossocial ofertado nos CAPS dirige-se a uma tentativa de se estabelecer uma rede comunitária de atenção psicossocial que procure organizar e redirecionar o cuidado em saúde mental, com o intuito de consolidar a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004). Conforme já citamos anteriormente, essas estratégias amparam-se em princípios do SUS. Quanto ao princípio da integralidade, o exemplo acima representa como o sujeito aqui é sinônimo de corte, denunciando o furo nas estratégias nomeadas como terapêuticas, através do engodo na articulação entre a atenção secundária (representada pelo CAPS-Ad) e na atenção primária (representada pela UBS), pois, além de não ter sido realizado um acompanhamento por parte dessa última, tal conduta em nada garantiria algo positivo para esse sujeito, que sofre, inclusive, por não ser escutado.

Voltamos a interrogar o lugar do desejo.

Vários outros aspectos podem ser trabalhados a partir desse exemplo. Tomemos o ponto sobre a discussão da alta do usuário e a relação com a demanda. Um dos argumentos utilizados para o encaminhamento à UBS se referia à questão de o sujeito não se encaixar no perfil de atendimento. Nossas considerações até aqui e nossa experiência enquanto trabalhador do CAPS-Ad nos permitem afirmar que a noção em torno do “perfil” dos usuários pode esconder perigosos riscos no que tange ao lugar do sujeito, uma vez que, novamente, a dimensão do particular e da diferença é abolida, em nome de certa catalogação de demandas sobre as quais se deve montar uma estratégia de atenção. Esse tipo de conduta gera uma lógica universalizante, na qual a demanda pode ser confundida com a necessidade ou, ainda, o sujeito reduzido a um objeto, pois ele é visto e reconhecido não pelo seu desejo e sua falta, mas por aquilo que se cria por parte da equipe em nome da proteção e do cuidado.

Será o sujeito desse referido caso tão indefeso e desprotegido a ponto de não

poder, ele próprio, decidir sobre si e sobre suas escolhas? Seguindo com Lo Bianco (2015):

Também aí os sujeitos que receberão a proteção serão vistos como incapazes e indefesos. A consequência mais drástica para o que é da ordem de um sujeito que adviria no reconhecimento do impossível que o constitui inapelavelmente é que, na concretização dos Programas de Estado, dentre todos os problemas que o circundam, o mais grave talvez seja o entendimento ou a dedução de que esse sujeito tem pouco ou quase nada a dizer sobre o que está em questão quando o que está em questão é a vida dele próprio: suas misérias, seu sofrimento, sua angústia ou mesmo seus recursos, suas decisões, seus atos (Lo Bianco, 2015, p. 154).

A autora nos alerta para um importantíssimo e decisivo aspecto: a completa falta de lugar para o próprio sujeito, que em momento algum, no caso trazido, foi sequer consultado. Em nenhum instante a equipe sequer ponderou o fato de o usuário ter voltado ao CAPS-Ad e dito que desejaria continuar frequentando ali, onde seus laços também eram tecidos. Mais ainda, deixa-se de lado a importância da fala e do ato desse sujeito, considerando que ele não tenha nada a dizer ou que o seu dizer não pode ser cogitado importante, pois a isso se sobrepõem os protocolos, as condutas terapêuticas, o tecnicismo dos manuais e os termos muitas vezes repetidamente enunciados como centralizadores da verdade, como o caso da palavra “perfil”.

Há, ainda, outra questão de nosso interesse, que diz respeito ao impossível em jogo na dimensão da subjetividade. Através da Psicanálise, esse impossível também se encontra na causa do sujeito desde sua origem e o acompanha até sua morte. As políticas de assistência à saúde parecem ignorar ou nada querer saber disso, numa empreitada cega e narcísica levada às últimas consequências, quando prometem garantir amplamente a proteção e o cuidado, rejeitando essa dimensão extremamente intrínseca ao sujeito, que é a sua relação estruturalmente faltosa em torno do objeto que possa satisfazê-lo. Aqui, nos deparamos com o significante “permanente”, que, no caso de nossa pesquisa, tanto se alia à Educação e à Saúde, posicionado entre eles, quanto também pode se referir ao sujeito, em sua característica de constante transformação.

Ao invés de partirmos dessa falta estruturante, abraçá-la, acolhê-la, permitir a ela o lugar da representação pela via da palavra, (seja esta escrita, falada, pintada, esculpida, cantada), geralmente nos engodamos com o seu aparecimento e nos perdemos ao nos encontrarmos com ela. Todavia, se a proposta da Educação Permanente em Saúde é transformar os processos de trabalho para que a assistência ao sujeito possa melhorar, não seria importante ponderar sobre a partir de qual perspectiva esse sujeito esteja sendo referido?

Em caso afirmativo, a Psicanálise propõe algo em torno da relação do sujeito com sua castração. Isso significa que o sujeito possa pensar agir, falar e escolher a partir do lugar

que ele ocupa em sua radical diferença da massa e do todo universalizante. Como destaca Miler (2011), há de se trabalhar para uma saúde para todos, NÃO SEM a loucura de cada um. O discurso da psicanálise é o único que acredita e respeita essa parte do NÃO SEM, ou seja, esse corte que o sujeito estabelece nos saberes totalizantes através de sua condição de falta-a-ser. (N.R)

Na Educação Permanente em Saúde, esse “permanente” assume um caráter muito mais fiscalizatório do que acolhedor, pois, ao invés de reconhecer a falta-a-ser do sujeito, trabalha num movimento de contramão a esse reconhecimento, ao exigir dele um enquadramento em algum conjunto, seja através de um diagnóstico e de uma demanda, seja através de um rigor de conduta comportamental em nome da educação e dos bons modos.

Além dos aspectos até aqui trabalhados nesse caso, também precisamos nos ater ao discurso dos profissionais que, em nome de um suposto conhecimento técnico a serviço do bem-estar e dos ideais da reforma, exoneram o sujeito de seu próprio direito. Por receio de cronificarem o usuário no CAPS-ad, este não foi escutado. Aqui, ficamos diante de um problema até agora elencado: o que faz um profissional alienar-se a uma técnica e a um ideal ao invés de escutar o sujeito?

Assistimos, com esse caso, a uma perversão dos ideais da reforma, pois a discursividade do trabalhador é a de um Outro, uma vez que ele já está alienado a essa condição, o que o coloca surdo diante do sujeito do desejo que insiste em retornar. A técnica (através da formação e da capacitação) ensinou a esses trabalhadores que não se pode cronificar um sujeito em um serviço substitutivo. Mas a questão ultrapassa a técnica e resgata a ética do desejo, que desalinha o conhecimento e põe em cena a dimensão da escuta do sujeito, que fura os padrões e demarca com isso o espaço da diferença.

É importante salientar que não estamos aqui para desconstruir a importância da capacitação nem a da formação, mas para alertarmos que há algo para além dessa dimensão e que esse algo diz respeito ao sujeito que se encontra encapsulado em sua alienação ao discurso do Outro. É através desse alerta que podemos contribuir para que a EPS possibilite um lugar de escuta do desejo com todas as consequências que isso possa causar.

Tomaremos como pontos a serem analisados três momentos referidos como de EPS junto ao quadrilátero para sua formação: o primeiro, identificado ao ensino e à assistência, nomeado como matriciamento; o segundo diz respeito ao Programa de Educação pelo Trabalho, PET Saúde; o terceiro e último relaciona-se à supervisão clínica-institucional aos trabalhadores da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, RAISM.

6.4 O Apoio Matricial

O matriciamento ou apoio matricial define-se como um novo mecanismo de educação em saúde, compartilhado por duas ou mais equipes, que visa à produção de saúde através de um modo de intervenção pedagógico-terapêutica. Esse modelo foi formulado por Gastão Wagner Campos (1999) e, no Brasil, se caracteriza por ser uma das principais ações responsáveis pela integração da saúde mental à atenção primária, pois sugere uma aproximação entre esses dois níveis de cuidados.

Dentro dessa proposta, observa-se a ultrapassagem de uma antiga vertente hierárquica, encontrada nas práticas do cuidado em saúde. Ao invés da velha política do encaminhamento, (na qual havia predominância de jogos de poderes entre quem encaminhava e quem recebia o usuário), esse novo modelo propõe ultrapassar ações burocráticas ao direcionar seu foco para um campo comum entre os diferentes níveis de assistência.

Como consequência, criou-se um espaço horizontalizado, no qual se abre a possibilidade de uma ação conjunta entre a equipe da atenção secundária (no caso, a de Saúde Mental) e a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O matriciamento se caracteriza por um suporte técnico especializado, uma ferramenta de integração entre as equipes e um espaço de construção conjunta de práticas e saberes que visam à melhoria e ampliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Traz consigo, portanto, a semente da Educação Permanente em Saúde, uma vez que propõe a discussão de casos clínicos, a consulta conjunta, a visita domiciliar compartilhada, entre tantas outras intervenções.

No município de Sobral, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) vem implementando inúmeras tentativas de estruturar, minimamente, uma ação matricial efetiva no que tange à integralidade das equipes, apesar das diferenças oriundas de cada território. O atual modelo, no entanto, enfrenta desafios intrínsecos ao promover uma ruptura com a antiga forma hierarquizada de cuidado em saúde. Entre esses desafios, destaca-se a desconstrução do paradigma medicalocêntrico na assistência à saúde.

Focado numa prática exclusivamente diagnóstica e curativa, apoiado num saber especificamente demarcado pela lógica nosográfica excludente e reforçado por uma cultura hedonista, a qual foge, a qualquer preço, do sofrimento e da simbolização das experiências do humano com sua falta- a ser, esse modelo ainda gerencia o conjunto das práticas de atenção à saúde mental, apesar dos esforços das equipes e do desenvolvimento de ações multi e interprofissionais.

A estratégia do apoio matricial pode, no entanto, configurar-se como um elemento propiciador, inclusive, do debate dessas questões, seja através de estudos de casos, da consequente discussão sobre projetos terapêuticos singulares, sobre assembleias de usuários, dentre outros.

Nossa experiência mostra várias passagens nas quais se presentificaram inúmeras tentativas de se trabalhar o apoio matricial de uma forma multidisciplinar, permitindo que o sujeito possa se sobressair diante do lugar de objeto no qual ele está sempre posto, seja pela ordem do saber psiquiátrico vigente, seja pelo viés de outros saberes.

Entretanto, como matriciador de dois grandes territórios no município de Sobral e atuando diretamente na assistência da RAISM, a leitura feita sobre as ações matriciais engendra uma observação da posição ainda hegemônica e imperialista que o saber psiquiátrico ocupa nesses espaços. Mesmo com o surgimento, a adoção e o aprimoramento de práticas e saberes outros que não somente a Medicina, ainda se concentra nesse saber uma maior gama de investimentos, como também uma poderosa e não menos perigosa ideologia segregária excludente e operatória de um modelo pautado no adoecimento da vida e na medicalização da existência. Esperanza (2011) nos adverte:

O exercício desse poder no seio da prática psiquiátrica necessita de dispositivos que, por sua vez, se desdobram como produtores de uma prática discursiva; o dispositivo de poder é uma instância em si mesma produtora de discurso que gera enunciados que se autolegitimam, ou seja, que se apresentam como verdadeiros. A este poder não interessa tanto a prática terapêutica quanto a organização de um dispositivo que a inclua (Esperanza, 2011, p. 54).

Foi desenhado, com isso, um cenário no qual os ideais da Reforma Psiquiátrica ainda engatinham nos tijolos dos manicômios derrubados. Vê-se a destruição somente das paredes de concreto, enquanto os muros da desinformação e do preconceito crescem cada vez mais fortalecidos por práticas que dizem considerar o sujeito, mas ao preço de objetificá-lo.

Mesmo contribuindo com a desinstitucionalização e com a ampliação dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, o apoio matricial em saúde mental ainda carece de metodologias capazes de trabalharem o sujeito a partir de uma outra ótica. Apesar de se caracterizar como uma ferramenta de trabalho dinâmica, no matriciamento existente no referido município, o paciente ainda é tratado como tal, ou seja, entrecortado por inúmeros saberes que o encaixam em suas rudimentares formas de padronização e que não sabem ou se esquecem de que a única pessoa capaz de elaborar um saber sobre si mesmo e sobre seu adoecimento é o próprio sujeito. E, ainda, como demonstra a Psicanálise, esse saber se constrói fantasmaticamente, atravessado pela marca indelével do desejo.

Como ilustração clínica do que foi acima posto, escolhemos uma situação experienciada em um desses momentos de apoio matricial. Em um determinado território, uma equipe multidisciplinar acolheu uma senhora e sua filha adolescente. A equipe era composta por residentes da saúde da família, residentes de saúde mental, um profissional de referência da UBS e dois matriciadores do CAPS II e do CAPS Ad. A paciente era uma jovem de cerca de 17 anos. Antes de escutá-la, todos fomos “apresentados” ao caso pela via da leitura de seu prontuário, no qual constavam queixas constantes de enxaqueca, paralisias dos membros inferiores e desmaios “repentinos”, além de “choro fácil”.

Em seguida à leitura dos registros das queixas, a mãe da adolescente é chamada para “prestar possíveis esclarecimentos sobre o comportamento estranho da paciente”. A senhora entra na sala, fala de maneira assustada e um pouco sem saber o que de fato se passava com sua filha. É acolhida pela equipe, escutada em sua angústia diante de seu não-saber e perguntada sobre a possibilidade de sua filha desejar ser ouvida. Ao que responde, de imediato, um “sim” estrondoso e demorado.

A paciente, então, adentra a sala com um semblante de desconfiança, é comunicada por um dos componentes sobre a maneira como se daria o atendimento e consultada sobre a quantidade de pessoas ao seu redor, pois caso isso a incomodasse, essas pessoas poderiam se retirar e ela ficar apenas com um profissional. De imediato, ela recusa-se a falar para a “plateia”, significante por ela colocado para o espanto de alguns. Por conta disso, quase todos os profissionais se retiram do ambiente, deixando-a apenas comigo e com o outro matriciador, que começa a interrogá-la a respeito de ela ter se referido aos demais usando o significante “plateia”.

De antemão, a jovem inicia um relato perspicaz e teatral sobre uma cena que havia presenciado em torno do “flagrante” por ela obtido de uma relação sexual de seus pais. Descreve-a pormenorizadamente, chorando muito e sempre cabisbaixa, algo envergonhada e demonstrando certo receio de ter contado sobre seu “flagrante”. Em seguida, levanta a cabeça e nos pergunta se o que vem sentindo nos últimos tempos “tem haver” com a tal cena. Logo depois, nos diz que não deseja mais falar e solicita a presença de sua mãe.

O atendimento é interrompido pela entrada da genitora na sala. Ambas se abraçam e é pedido às duas que aguardem um pouco enquanto conversamos sobre os encaminhamentos do caso. Imediatamente após a saída das duas, os outros profissionais retornaram à sala, ansiosos para saberem o que havia acontecido. Todos queriam informações a respeito de como teria se dado o atendimento para colaborarem com seus respectivos saberes. E assim foi feito: a adolescente saiu do apoio matricial com um PTS já “pronto”, incluindo atendimento

psicológico individual, atividade física, visita domiciliar e até visita institucional ao colégio onde estudava. Após a discussão do caso, ela foi apenas comunicada sobre as atividades que lhe foram prescritas e reagendado um retorno por volta de três meses.

O relato acima nos coloca diante do impasse de nossa questão: até que ponto é possível considerar o sujeito em sua radical diferença, em momentos nomeados como esses de educação em saúde? Nossa observação nos leva a crer que há um impossível em jogo nessa estratégia, impossível este que Freud já denunciara: estaria a educação a serviço da assistência, mesmo com todos os percalços e questões já suscitadas até aqui, ou essa mesma educação pode servir para fins outros que não o do reconhecimento do sujeito do desejo e, portanto, do inconsciente? Ao se transformar numa política, na qual imperiosamente o objetivo educacional se sobreponha ao clínico, a educação permanente em saúde pode engendrar processos de controle e servir a interesses governamentais, distanciando-se de sua vertente verdadeiramente emancipatória do sujeito.

Na experiência trazida, do ponto de vista da política, obteve-se um esplendoroso sucesso: o caso foi assistido, houve uma discussão em torno dele, vários saberes estiveram em jogo e ao final propôs-se um PTS avaliado, inclusive, como bastante proveitoso diante da multiplicidade de condutas prescritas, para-além da medicamentosa. Nada mais politicamente correto. Entretanto, a “plateia” não foi escutada em seu singular sofrimento ou, ainda, em seu estonteante poder de desconstruir saberes já prontos e postos em voga em nome de se tentar SUSTentar um saber absoluto e hegemônico. Em nossa análise, consideramos que nem a adolescente nem mesmo os próprios profissionais puderam responder do lugar de sujeitos, uma vez que todos foram engolidos pela exigência de se propor um modelo assistencial capaz de dar conta de uma ambição ao mesmo tempo educacional e terapêutica.

Considerando isso, o empreendimento dessa pesquisa nos leva a uma outra descoberta: que a possibilidade para reconhecermos o lugar do sujeito do inconsciente encontra-se menos em inventar modernas tecnologias e mais em permitir a criação de espaços nos quais o sujeito seja referido e tratado como tal. Quer dizer, pouco importa ou adianta aprimorar técnicas que suplantem o usuário a uma eterna condição de doente e o profissional a um recurso humano que precisa ser a todo o momento capacitado, na lógica do modelo desenvolvimentista. Na realidade, é desejável que momentos como o do apoio matricial possam servir como oportunidades para se trabalhar o sujeito frente a sua realidade fantasmática, situá-lo diante de seu desejo e, conseqüentemente, possibilitá-lo a novos olhares pela discussão ética dos casos e ampliação das possibilidades terapêuticas através da escuta de sua própria fala.

Quanto aos profissionais, é preciso que se reconheça o desejo de cada um, inclusive o desejo de participar do próprio apoio matricial. Para além disso, a EPS pode se reinventar ao permitir o lugar do novo e da criação, apostando num caráter de movimento para o que há por vir, a partir do não-saber, que possibilite um espaço que possa ser construído.

Aprendemos, com isso, que o ponto de partida deva ser sempre o sujeito com aquilo que lhe falta e que, justamente, denuncia a impossibilidade de a política de educação em saúde dar conta dessas faltas, marcas da diferença. Aqui encontramos um duplo desafio: o de desconstruir as ambições políticas de tratar os sujeitos pelas semelhanças (o que se constata através da questão do perfil) e o de permitir a criação do novo, de espaços onde um operador da escuta possa supor um saber ali onde alguém sofre, mas não apenas isso; sofre e é capaz de falar.

Veremos, a seguir, como um espaço de reconhecer o sujeito do inconsciente e desenvolver um trabalho a partir disso é possível, através do relato do empreendimento do PET- Saúde.

6.5 A Experiência do PET-Saúde

O trabalho desenvolvido no Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde (PET-Saúde) consistiu em realizar o acompanhamento sistemático de pacientes com transtornos agudos severos e persistentes, atendidos pela Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM). Possuiu como objetivo resgatar e fortalecer o Projeto Terapêutico Singular (PTS) desses usuários, com vistas a considerá-los a partir da retomada de sua condição de sujeitos. Para isso, utilizamos a técnica lacaniana da Apresentação Clínica de Pacientes como um dispositivo integrante no tratamento da psicose.

A apresentação clínica de pacientes é uma prática lacaniana na qual se opera uma subversão da lógica promovida pelo saber psiquiátrico. Nesse saber, o paciente é um simples objeto de estudo, onde sua manifestação sintomática serviria apenas como mera ilustração da teoria de seu psiquismo “adoecido”. Dessa maneira, seu efeito resumia-se a uma sessão na qual um médico demonstraria a seus aprendizes fenômenos psiquiátricos manifestados pelo doente. Tal prática foi muito comum nos cursos de Psiquiatria, até Lacan destronar o caráter exclusivamente didático da apresentação, para, eticamente, salientar a relevância das consequências clínicas da fala do sujeito para si próprio e para seu tratamento.

Posicionando o saber não do lado da figura do médico, mas sim na do paciente, Lacan inverte a lógica da apresentação clínica, retirando dela sua função limitada apenas ao

ensino. Ele mantém um estilo no qual se valoriza a importância do dito e a singularidade do dizer de cada sujeito, o que considera fundamental para posicioná-lo frente a seu desejo.

Dessa maneira, como afirma Quinet:

Na apresentação de pacientes, todo o privilégio é dado ao sujeito enquanto determinado pela linguagem: é fazê-lo dizer, por ele mesmo e não outros, sua história, seu sofrimento, seus fenômenos a um interlocutor, psicanalista, numa situação singular, contingente, que foge à rotina, diante de uma audiência interessada e atenta pelo que ele diz (Quinet, 2011, p. 163).

Tomando o texto citado como referência, observamos que a apresentação clínica de pacientes torna possível a dimensão ética do desejo, uma vez que é o próprio sujeito que pode, diante de uma “audiência interessada”, frente a sua condição desejanse, falar sobre si através de si, inclusive dando indicações de como a condução do seu tratamento poderá ser construída.

O trabalho dos membros do PET partiu da discussão com a equipe de saúde da Unidade de Internação Psiquiátrica de um hospital Geral. Através dela, acontecia a escolha de um usuário para ser realizada a apresentação clínica. Essa escolha é demandada pela referida equipe, não importando se o paciente é residente do município de Sobral. Os critérios para a seleção do caso nascem nesse diálogo interdisciplinar e se relacionam com os desafios encontrados pelos profissionais que cuidam do paciente. As dificuldades mais eminentes detectadas foram: questões sobre a vinculação, o manejo da transferência, internações psiquiátricas recorrentes e o próprio funcionamento e acompanhamento em rede.

Além da reunião dos membros do PET-Saúde com os profissionais, os monitores do programa realizavam visitas na UIPHG, nas quais acompanhavam alguns atendimentos oferecidos aos usuários e observavam o cotidiano e as relações estabelecidas dos pacientes entre si e com a equipe.

Participaram da apresentação clínica, realizada no Hospital Geral, os monitores do PET-Saúde, seu respectivo preceptor, além de profissionais integrantes da equipe da RAISM e do próprio hospital. As apresentações clínicas ocorriam após o consentimento tanto do paciente quanto da família, após a explicação de seu objetivo. Após as apresentações, as equipes do PET-Saúde, da RAISM e do hospital se reuniam para debater e dar continuidade ao estudo do caso.

Ao longo do Projeto, realizamos, também, o estudo dos diversos temas abordados, revisitando, pois, a literatura em busca de aprofundar nossos conhecimentos acerca dos assuntos por nós trabalhados, bem como das experiências obtidas neste percurso, buscando sempre apresentá-los em eventos ou mesmo publicá-los nos. Após discussão com a equipe de

saúde da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital (UIPH), acontece a escolha de um usuário para ser realizada a apresentação clínica. Essa escolha é demandada pela referida equipe, não importando se o paciente é residente do município de Sobral. Os critérios para a seleção do caso nascem nesse diálogo interdisciplinar e se relacionam com os desafios encontrados pelos profissionais que cuidam do paciente. As dificuldades mais eminentes detectadas foram: questões sobre a vinculação, o manejo da transferência, internações psiquiátricas recorrentes e o próprio funcionamento e acompanhamento em rede.

Além da reunião dos membros do PET-Saúde com os profissionais, os monitores do programa realizavam visitas na UIPH, nas quais acompanhavam alguns atendimentos oferecidos aos usuários e observavam o cotidiano e as relações estabelecidas dos pacientes entre si e com a equipe.

Foram acompanhados integralmente três casos, e escolhemos relatar aqui dois deles. Todos os três casos foram discutidos interdisciplinarmente, inclusive com uma devolutiva para toda a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. Os relatos que se seguem fizeram parte de nossas anotações no período de implementação do PET.

A escolha do paciente deu-se após diversas visitas ao Hospital, nas quais observamos e conversamos com o mesmo. O paciente é do sexo masculino, tem 27 anos de idade, é solteiro, reside com os pais em Sobral, atualmente tem o diagnóstico de esquizofrenia.

Tivemos a oportunidade de acompanhar uma consulta do paciente com o psiquiatra, bem como a sua participação em um grupo com a terapeuta ocupacional, durante o período em que estava internado. Após explicarmos sobre o trabalho no PET-Saúde, sobre a apresentação clínica de pacientes e o subsequente acompanhamento do caso, os profissionais foram unânimes em indicar o paciente, uma vez que o mesmo, de acordo com a equipe, não estava aderindo ao tratamento e passava por constantes reinternações em curtos espaços de tempo. A apresentação clínica do paciente foi realizada no auditório do Hospital Geral Dr. Estevam Ponte.

Com a finalidade de conhecer o itinerário terapêutico do paciente, bem como obter informações adicionais de sua vida que ajudassem a melhor compreender o motivo de sua “não-adesão” ao tratamento, realizamos pesquisa de prontuário nos locais em que recebeu atendimento: na Unidade Básica de Saúde de seu bairro, no Centro de Atenção Psicossocial de Sobral (CAPS II) e no Hospital Geral Dr. Estevam.

Em uma ocasião, conversamos com a mãe e um irmão do paciente. Este foi um

importante momento, no qual melhor conhecemos o histórico de vida de H., bem como oferecemos a escuta para estes familiares, que sofrem com a doença do paciente e que se mostram, também, adoecidos.

Durante a visita à UBS do local onde reside o paciente, conversamos com a sua Agente Comunitária de Saúde, que nos repassou importantes informações acerca da evolução da doença de H., de acordo com as suas impressões, bem como esclareceu-nos a relação do paciente (e seus familiares) com o posto de saúde e com as pessoas do bairro.

Discutimos com alguns profissionais do CAPS II sobre o caso e lhes repassamos informações obtidas através da apresentação clínica, da pesquisa de prontuário e conversa com familiares do paciente. Isso muito contribuiu para a formação do seu PTS, o qual incluiu a sua ida ao CAPS duas vezes por semana para participação em grupo (grupo temático e grupo expressivo).

O paciente conseguiu certa estabilização, não apresentando crises nos últimos quatro meses. O mesmo tem comparecido ao CAPS II para a consulta com psiquiatra, monitoramento farmacológico e participação nos grupos. Notamos que o mesmo criou vínculos com outros usuários do CAPS, bem como com terapeutas e funcionários (com o motorista, em especial), fato jamais ocorrido antes.

O acompanhamento da equipe do PET-Saúde foi de fundamental importância, uma vez que proporcionou outras maneiras de cuidado ao paciente que há 12 anos é usuário do CAPS, mas até então não havia sido formulado um PTS para o mesmo. Seus familiares compareciam ao local apenas para receber medicamentos e o paciente apresentava-se ao serviço geralmente em momentos de crises. Deste modo, a falta de assistência somada ao baixo suporte familiar poderiam estar contribuindo para as suas frequentes crises.

Acompanhamos também a paciente M.M.M. Os procedimentos realizados foram semelhantes ao do caso anterior. M. é do sexo feminino, tem 32 anos de idade, é solteira, órfã de mãe, atualmente reside sozinha em Sobral, o seu diagnóstico principal é Transtorno Afetivo Bipolar. Sua mãe tinha o diagnóstico de Esquizofrenia, seu atual cuidador é o irmão, com quem apresenta bastantes conflitos.

A escolha deste caso se deu através da indicação da equipe do hospital, uma vez que os mesmos encontravam dificuldades na condução do tratamento da paciente, que assim como no caso anterior, vinha apresentando diversas internações no hospital.

Obtivemos, de início, a informação de que M. estava internada por um motivo de segurança, pois a mesma havia sofrido ameaças de pessoas da sua cidade. Após a realização

da apresentação clínica de paciente, fizemos a pesquisa de prontuário no hospital e no CAPS II de Sobral, conversamos com os seus terapeutas de referência e com seus familiares.

Posteriormente, participamos de uma reunião para discussão de seu caso na Unidade Básica Saúde de origem da paciente. Estiveram presentes: o médico de referência do Hospital, dois profissionais do CAPS II, a gerente do posto, duas agentes comunitárias de saúde e dois monitores do PET-Saúde. Ao final da reunião, dois irmãos de M. chegaram ao local e foram convidados a participar do momento. Esta reunião mostrou-se de grande importância, pois a partir dela seria iniciado o PTS da paciente no CAPS.

Dois meses após receber alta hospitalar, M. voltou a ser internada. Conversamos com a mesma no referido hospital e dentre outros assuntos, a paciente contou-nos que não estava comparecendo ao CAPS para os grupos aos quais foi inserida devido à sua falta de disposição para deslocar-se até Sobral, uma vez que o carro disponibilizado pela UBS vai buscá-la em sua residência muito cedo, às quatro horas da manhã. Além disso, M. afirmou que na maioria das vezes passa mal durante a viagem, já que não dá tempo sequer merendar antes, pois de acordo com a paciente, “o carro fica buzinando”. M, também nos disse que não tem interesse no grupo de dança do qual participa no CAPS, e completou: “já danço demais todo domingo lá na barragem”. A paciente logo recebeu alta, entretanto, permaneceu no hospital por mais cinco dias, pois seus familiares não mantiveram contato, sendo necessário o assistente social da Rede ir deixá-la em sua casa.

O caso de M. foi apresentado para os profissionais da RAISM em Sobral, momento em que tivemos a oportunidade de dar certa devolutiva aos mesmos, repassando-lhes nossas impressões e sugestões acerca do caso, ressaltando que a nossa finalidade não consiste em apontar os erros da equipe, mas em contribuir com o cuidado em saúde a partir de outras alternativas, como anteriormente frisamos, nas quais haja espaço para a fala e o consequente posicionamento do sujeito.

Nos dois casos apresentados como exemplos da atuação do PET Saúde Mental, vimos o quanto é válido e importante desenvolver um dispositivo que permita a assistência voltada para a escuta do sofrimento no um a um, pela via da apresentação clínica de pacientes. Assistimos a uma mudança significativa da condução do cuidado e tanto a equipe de profissionais como os estudantes testemunharam os efeitos de tal dispositivo, o que nos permite concluir que foi acrescentado algo novo em torno dos processos de trabalho, ao mesmo tempo em que esses se modificaram pela inserção das atividades do PET.

Os relatos de alguns membros da equipe foram importantes para destacar que a apresentação clínica de pacientes opera um efeito também sobre os profissionais, uma vez

que, ao subverter a ordem do saber, não apenas permite ao paciente que fale livremente sobre suas questões, como surpreende os profissionais ao fazer com que eles se deparem com novas falas e descobertas sobre os sujeitos. Vários trabalhadores ficaram impressionados com o desenrolar da apresentação clínica e seus efeitos no decorrer do tratamento. Muitos se disseram não saber como o paciente foi capaz de elaborar tantas questões e ao mesmo tempo algumas saídas. Ou seja, a prática lacaniana permitiu consequências não apenas para os pacientes, mas também efeitos nos profissionais.

6.6 O momento da supervisão: enfim, os profissionais como sujeitos?

A supervisão clínico-institucional é um espaço extremamente importante e imprescindível para quem envereda no campo da assistência, principalmente no âmbito da saúde. Ela se dispõe a por em discussão os processos clínicos e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental (Campos; L'Abbat; Severo, 2014).

No município de Sobral, a supervisão ocorre desde a implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), datado no ano 2000. Nesse tópico, teceremos observações sobre três momentos de encontros da equipe como supervisor. Quando nos referimos à equipe, estamos nos remetendo ao conjunto dos trabalhadores de todos os equipamentos da rede: o CAPS II, o CAPS-AD, a UIPHG e o Serviço de Residência Terapêutica.

Dois dos encontros aqui debatidos realizaram-se com a equipe de todos os equipamentos e um encontro deu-se, exclusivamente, com a equipe do CAPS-ad, por conta de uma demanda apresentada pelo referido serviço. Em ambos os contextos, procuramos os pontos que mais apresentaram identificação com nosso objeto de estudo para, em seguida, colocarmos em análise não a própria supervisão, mas o que dela poderíamos extrair como elementos que nos auxiliassem na condução de nossa pesquisa.

No encontro com a equipe de toda a rede, um ponto inicial foi o que mais despertou nosso interesse. O supervisor indagou aos profissionais sobre quais eram os problemas mais significativos pelos quais eles estavam passando, no que concerne aos processos de trabalho. Nesse momento, para surpresa não apenas minha, mas de vários, a resposta obtida foi o silêncio. Esse silêncio, por muitas vezes, sempre se repetia, insistindo em retornar. Junto a ele, um mal-estar instalado parecia paralisar a equipe, sem que alguém conseguisse falar sobre as questões elencadas, como, por exemplo, a respeito do que esse próprio silêncio queria dizer a quem silenciava.

Durante um período significativo de tempo esse silêncio foi escutado. E nós,

enquanto sujeitos trabalhadores da rede, fomos convocados a falar a partir dessa posição silenciosa, ao sermos agora questionados sobre o que nos fazia calar. Então, aos poucos, as falas surgiram e foram produzindo um espaço no qual a palavra circulou. Nem por isso o mal-estar foi sanado, porém algo minimamente se produzia. Foi então que o significante "CASPAREDES" foi produzido. Esse neologismo, criado a partir de uma condensação da expressão "Falar com as paredes" foi o modo de nomeação do mal-estar produzido na equipe por não encontrar reverberação diante de suas reivindicações. Em português, "Falar com as paredes" significa falar sozinho, não obter respostas do Outro. O surgimento do termo "Casparedes" torna a expressão uma holófrase e inventa um personagem que supostamente ouviria o que está sendo dito. Há aqui, por parte dos sujeitos trabalhadores em supervisão, a produção de um chiste no qual o terceiro elemento a quem o chiste se refere (a gestão, por exemplo) entra metaforizado no "Casparedes". Numa saída humorística, portanto, surge a ideia insuportável do que temos do primeiro silêncio encontrado: a falta de resposta frente às necessidades e reivindicações dos trabalhadores por parte de um Outro a quem eles se referiam.

Desse aparente vazio silenciado, surgiram falas que traziam queixas, dentre elas outra queixa: a de que a equipe se queixa demais. Durante várias horas, muitos colegas expuseram suas insatisfações e críticas aos processos de trabalho, desde a falta de atualização dos projetos técnicos dos CAPS até a precarização estrutural, passando pela fragilidade dos vínculos trabalhistas.

Quanto a isso, uma nova indagação surgiu do supervisor sobre o que estava no campo do possível a ser feito por cada um e ao mesmo tempo pelo não-todo, ou seja, a equipe foi perguntada do que ela quer dar conta. De imediato, logo as respostas surgiram apontando para o campo dos processos de trabalho. Entretanto, pelo que colocamos até aqui e agora fundamentados também pela supervisão, observamos que a equipe não se dava conta de que não dava conta do que não se pode dar conta: da subjetividade dos processos de trabalho. Em meio a tantas questões operacionais, técnicas, trabalhistas, teóricas, institucionais e clínicas, a própria equipe desconhecia o fato de que ela mesma se encontrava em sofrimento.

Essa foi a segunda vez que nós havíamos presenciado esse sintoma irrompendo em um momento de supervisão. O silêncio já não nos era tão estranho, parecia-nos familiar desde a última experiência de supervisão que já apontara esse fato, cerca de dois anos atrás. Já naquela época, a oportunidade de fazermos a palavra circular nos havia sido dada. Na época, fomos provocados a falar, inclusive, sobre a inquietação provocada pelo silêncio. Mas o sintoma persistiu e retornou, fazendo furo na equipe e denunciando a incapacidade estrutural

de uma rede que se autoriza a escutar o sofrimento do outro sem nada querer saber sobre o seu.

Tal conclusão nos fez enxergar a queda de supostos ideais em torno da capacitação e do conhecimento e reconhecer que para suportar ouvir do outro aquilo que o incomoda é preciso antes escutar de si mesmo o que nos angustia, o que nos denuncia enquanto furados, aquilo que nos demarca enquanto faltosos. Se não estou preparado para ouvir sequer o outro, como posso escutar o delírio? Ou, ainda, o outro dizer que aquilo que eu ofereço não dá conta do que ele demanda ou, ainda, que isso que está ofertado pelo trabalho o outro não quer? Tais indagações nos levam a uma suposição de resposta: é preciso parar para assumir nossa castração frente ao Outro para, a partir dessa assunção, algo em torno do trabalho e da responsabilidade possa advir, numa construção ao mesmo tempo singular e coletiva.

Outro ponto que nos interessa enquanto objeto de pesquisa: os processos de trabalho, uma vez que a própria definição de EPS leva em conta, principalmente, esse fator. No CAPS-AD, a demanda da equipe circulava em torno de uma questão considerada crucial para a continuidade do trabalho: o que fariam os profissionais quanto à problemática da internação de usuários de substâncias em Comunidades Terapêuticas? Existia uma espécie de “acordo” entre a Secretaria Pública de Políticas sobre Drogas - SPPD do estado do Ceará com a Prefeitura Municipal de Sobral, no qual o CAPS-AD seria o regulador das internações nas CTs, a partir de um entendimento que tais comunidades fariam parte da rede de assistência municipal.

O dilema se o CAPS-AD assumiria ou não esse papel angustiava bastante os membros da equipe. Havia, inclusive, uma divisão acirrada entre eles, mesmo que a angústia pelo não-saber atravessasse ambas as partes. Entretanto, mesmo com tamanha polêmica, o assunto não era falado pelos profissionais e, conseqüentemente, sequer debatido. Ele pode vir à tona a partir de uma pergunta aparentemente simples do supervisor, colocada da seguinte forma: “afinal, onde o bicho está pegando?” .

A partir de então se disparou uma debate importante sobre internação de usuários de substâncias, comunidades terapêuticas, atenção psicossocial, vínculo, territorialização, dentre outros assuntos. No entanto, o que mais se destacou foi a vasta gama de colocações e observações dos profissionais a respeito das dificuldades cotidianas do serviço, dentre elas a precarização dos vínculos trabalhistas, a desmotivação da equipe, dentre outras.

Do ponto de vista técnico e científico, os profissionais encontraram uma saída para a questão inicial. Mas, a nosso ver, isso não teria sido possível sem que se falasse

também das implicações subjetivas do trabalho em cada um. Foi pela convocação da fala dos sujeitos que algo em torno das questões surgidas pode ser trabalhado, o que operou um reposicionamento subjetivo daqueles trabalhadores ali envolvidos. Nossa análise é a de que assistimos, aqui, a um efeito. Um efeito que se desdobrou de um questionamento realizado pelo supervisor. Houve, portanto, a partir do ato (da supervisão) a colocação da palavra (dos profissionais) e, conseqüentemente, a provocação do sujeito do inconsciente, graças à transferência de trabalho. Podemos perguntar como mantê-la? A esse respeito, assim nos ensina Figueiredo:

Em primeiro lugar, a equipe deve se reunir com frequência e se dedicar à discussão de seu trabalho na direção apontada. Em segundo lugar, a presença de um supervisor torna-se necessária para levar adiante essa tarefa. O supervisor cumpre a função do êxtimo, isto é, de alguém que é ao mesmo tempo externo e interno à equipe. Esse termo foi usado por Lacan para designar um lugar para o inconsciente como o que há de mais externo e íntimo ao sujeito. O supervisor faz as vezes de êxtimo porque por não ser membro da equipe, ser alguém de fora, ele se interage do trabalho por meio de sua constante presença e faz funcionar a transferência entre pares, esvaziando a 'cola imaginária' inerente à convivência. Desse lugar, ele opera como garantia do trabalho, da produção da equipe (Figueiredo, 2004, p. 32).

Por isso, concluímos que a supervisão precisa acompanhar o processo de cuidado. No caso da RAISM do município de Sobral, ela opera histórica, institucional e clinicamente. Nossos achados nos levaram à consideração de que, entre todos os momentos nomeados como de EPS, ela se configurou como aquele que mais considerou o sujeito enquanto efeito da linguagem e respeitou sua condição de fala, a partir de um posicionamento eminentemente ético.

7 CONCLUSÃO

A Educação Permanente em Saúde se configura um importante instrumento para produzir mudanças nos processos de trabalho, a partir dele e com a finalidade de fazer com que essas transformações impliquem diretamente na produção do cuidado. No Brasil, ela está apoiada nos princípios do SUS e se forma a partir do quadrilátero assistência, ensino, gestão e controle-social.

Nossa pesquisa objetivou realizar uma análise crítica da EPS, tendo como pergunta de partida o lugar do sujeito nessa política. Minha experiência com a psicanálise em um dispositivo de saúde pública, no caso o CAPS-Ad, provocou inquietações referentes aos desafios encontrados diariamente diante de impasses institucionais e demandas que excluía ou reduziam o sujeito ao indivíduo ou ao cidadão. Tais posicionamentos, no entanto, não impediram nem impedirão que um trabalho em torno do sujeito do desejo seja possível, apesar das dificuldades. Ao contrário, foram esses aparentes empecilhos que estiveram na causa do empreendimento desse estudo.

Seguimos, então, uma linha de recorte na qual o eixo do ensino foi priorizado para, em seguida, estabelecermos um paralelo sobre ele pela via da EPS e pela via da psicanálise. Pela primeira, o ensino assume um caráter de desenvolvimento da autonomia do indivíduo, requer dele o desenvolvimento de possibilidades, a aplicação de técnicas, a valorização de especialidades, aprimoramentos e avaliações, através da aprendizagem significativa. No que concerne à psicanálise, o ensino extravasa a dimensão técnica, e a formação do analista demonstra algo em comum com a EPS: ambas consideram o sujeito em seu caráter de permanente construção, o que não significa que trabalhem ou considerem o sujeito da mesma maneira.

É de um suposto engodo na interseção entre educação e saúde que o significante “permanente” surge, despertando-nos a curiosidade de saber do que se trata quando ouvimos falar que a EPS valoriza os diferentes sujeitos nela implicados. Qual seria a “concepção” de sujeito em voga nessa afirmação? Em busca de respostas ao nosso questionamento, lançamos mão de autores da saúde coletiva e da psicanálise, além de vários exemplos extraídos de nossa experiência clínica, relacionados aos momentos de EPS. Esse material culminou na estruturação de quatro capítulos, que resumiremos a seguir.

No primeiro capítulo, revisamos a configuração do SUS através de seus princípios. Dentre eles, é pelo princípio da integralidade que se fundamenta a EPS, tendo em vista que ela visa ao aprimoramento do trabalho com a finalidade de melhorar a assistência

aos usuários. No entanto, trazemos uma crítica duplamente configurada: por um lado a integralidade ambiciona um aperfeiçoamento dos níveis de atenção, como se isso fosse possível se sustentar do ponto de vista econômico; por outro, ela defende a abordagem do humano como um ser amplo e completo, compreendido em todas as suas relações. Pela lente da psicanálise, vimos que há uma impossibilidade estrutural em alinhar o sujeito a uma totalidade, uma vez que ele se estrutura na falta e através dela. Finalizamos essa primeira parte com a afirmação de vários autores sobre a íntima relação da integralidade com a EPS, o que já nos apontava de alguma maneira um horizonte sobre nossa questão.

No segundo capítulo, precisamos o campo da EPS, através de uma provocação: a de que ela se constitui enquanto promessa de bem-estar seja dos usuários, gestores ou profissionais. Revisamos a importância da integração dos quatro eixos do quadrilátero para sua formação, com destaque para o ensino. Resgatamos as bases teóricas da EPS, que envolvem a aprendizagem significativa e os estudos de Paulo Freire. Elaboramos também um subcapítulo sobre um resgate histórico-político da formação para, em seguida, retornar à questão da integralidade e do sujeito. Vimos que se torna extremamente questionável a ideia de que só há formação caso esta esteja associada à integralidade, o que se constata, inclusive, com a subsequente explanação sobre as diferenças entre a formação no campo educacional e a formação do analista. Esta última, assim como a educação em saúde, admite o caráter de permanente, mas não com fins policialescos de fiscalização e controle, e sim um permanente que respeita a eminente constituição do sujeito como uma falta-a-ser.

No terceiro capítulo, estudamos com mais afinco a questão do sujeito, tanto na EPS como a partir da psicanálise. Quanto à primeira, seu desenho delineia uma concepção de sujeito voltada ora para o cidadão, ora para o indivíduo, numa estranha relação onde ele só é reconhecido a partir de uma demanda já esperada, da qual ele paradoxalmente precisa se livrar para dar provas de que o sistema de saúde é eficaz e produtivo. Em outras palavras, se há um sujeito, esse parece dizer de algo do qual a EPS não opera, não quer saber, ou, se o quer, o coloca numa condição de produto, fabricado apenas para forjar o bom funcionamento do sistema, o que está representado pela hipervalorização das capacitações e pela adoção de um modelo comportamental de aprimoramento de técnicas e especialidades. Já quanto à psicanálise, o sujeito aparece pela linguagem e irrompe sem se aprisionar a qualquer caricatura imaginária ou demanda artificialmente fabricada, abolindo-se de qualificações.

Com sua própria irrupção, ele é sujeito do desejo, traz à tona a experiência da verdade do inconsciente, e seus efeitos em qualquer política escamoteiam as ambições universalizantes. No que concerne à política de EPS, temos logo duas tarefas impossíveis

“amarradas” por uma terceira. Ou seja, se educar já se torna impossível porque as pulsões não são educáveis, por exemplo, quicá educar para cuidar ou curar. O que esse capítulo nos mostrou foi que se o sujeito do desejo não for levado em conta, a EPS, ao visar ao controle e à universalização, estará ameaçada pela faca cortante do sujeito que insiste em resistir à significação, ao sentido, à lógica racional, mesmo que disso ele também se constitua.

No quarto e último capítulo, chegamos ao resgate de exemplos do lugar do sujeito a partir de nossa prática, lançando mão da empreitada psicanalítica em dispositivos de saúde mental e trazendo relatos de nossa caminhada enquanto preceptor do SUS. Fui envolvido por uma necessidade de retornar a tais experiências para questionar, inclusive, meus posicionamentos profissionais e meu lugar de sujeito. Trouxemos impasses oriundos de elementos clínicos e institucionais, de estudos de caso na roda de equipe, do apoio matricial, do PET-Saúde e da supervisão. Em alguns desses momentos, destacamos pontos em que a EPS aponta para reconhecer o sujeito através de uma perspectiva desenvolvimentista. Já em outros, a depender de como os processos sejam conduzidos, observamos que a EPS pode ser um espaço aberto para acolher e suportar o diferente em seu ponto máximo, caso ela se transforme em um campo aberto ao inesperado e à invenção, ou seja, caso ela se mova provocada pelo não-saber.

Nosso percurso até aqui, portanto, nos faz inferir que a Educação em Saúde é capaz de abrigar a eclosão do sujeito. Isso, no entanto, encontra seu fundamento desde que o significante “permanente” se desdobre não para circunscrever um lugar de absoluta supremacia da técnica e do controle, mas para amplificar a abertura de um espaço no qual a diferença e o desejo encontrem refúgio. Para tanto, a formação pode vislumbrar saídas que vão além do prisma desenvolvimentista e integral, expandindo-se com todo o vigor que a linguagem assente.

De modo que, ainda assim, o sujeito jamais deixará de se lançar como uma pedra no caminho. Não porque a EPS seja atrapalhada por ele, mas porque se há, de fato, um permanente em jogo, este diz respeito ao infindável do real em sua constituição.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- ARRETCHE, M. A política de saúde no Brasil. *In*: Lima, Nisia Trindade *et al.* (org.) **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. Ed. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM – MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: orientações para o curso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho como fonte de formação: Um movimento em construção no Ministério da Saúde**. Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BERTANI, I. F.; SARRETA, F. de O.; LOURENÇO, E. Â. de S. **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde**. Franca: Ed. UNESP, 2008.
- BOSCHI, R.; LIMA, M. R. S. O Executivo e a construção do estado no Brasil – do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. *In*: VIANNA, L.W. (org.) **A democracia e os três poderes no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BREUER, J.; FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p.975-986, out./dez. 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, [s. l.], v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Descentralização e Disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, out./dez. 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 61-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, p. 1400-1410, 2004.

DAVINI, M. C. Practicas laborales em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, J.; DAVINI, M.C.; ROSCHKE, M.A.C. (Org.) **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C. OPAS, OMS, 1994.

DEWEY, J. **Liberalismo, liberdade e cultura**. Tradução de Anísio Teixeira. São Paulo: Nacional, EDUSP, 1970.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

BREUER, J.; FREUD, S. (1895). **Estudos sobre a histeria**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo docuidado. Mediação – **Revista de Ciências Sociais de Londrina**, Londrina, v. 16, n. 1, 2011.

FINGERMANN, D. **A (de)formação do psicanalista**: as condições do ato psicanalítico. São Paulo: Escuta, 2016.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 ago. 2017.

FONTENELE, L. B. **A interpretação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. **Estudos sobre a histeria**. v.II, 1985.
- FREUD, S. **A Interpretação dos Sonhos**. v. V, 1900.
- FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. v.VII, 1905.
- FREUD, S. **A Dinâmica da transferência**. v.XII, 1912.
- FREUD, S. **O Inquietante**. v. XVIII, 1919.
- FREUD, S. **O Mal-Estar na Cultura**. v. XXI, 1930.
- FREUD, S. **Construções em análise**. v. XXIII, 1937.
- GADOTTI, M. **Perspectivas Atuais da Educação**. São Paulo Perspec., São Paulo, v.14, n. 2, p. 03-11, junho de 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2016.
- IZCOVICH, L. **A escolha das identificações**. Caderno de Stylus, n. 4. Rio de Janeiro: AFCL, 2016.
- JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- LACAN, J. **Escritos (1966)**. RJ: Jorge Zahar Editor, 1998.
- LACAN, J. **O Seminário, Livro 4: A relação de objeto**. [1956-57]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. *et al.* (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- MERHY, E. **Saúde: As cartografias do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 172-7, 2005.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2 de agosto de 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt_BR&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2016.

QUINET, A. **A Descoberta do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

RIBEIRO, D. **O Processo Civilizatório**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1998.

ROVERE, M. R. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. *In*: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. 1994. Disponível em: <http://www.opas.org.br> . Acesso em: 02 jul. 2016.

SAVIANI, D. **A pedagogia no Brasil: história e teoria**. Campinas, SP. Autores Associados, 2008.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1980.

SARRETA, F. de O.; BERTANI, I. F. Perspectivas da educação permanente em saúde. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, [s. l.], v. 4, n. 3, 2010.