

CLÍNICA AMPLIADA: QUALIFICANDO A PRODUÇÃO EM SAÚDE



SÉRIE CADERNOS DO PAAS | VOLUME 10



DÂMARIS OLIVEIRA DE SANT ANNA, DANIELA CANZI SARTORI, FRANCIELI DE AZEVEDO SOUZA, GABRIELA TAVARES, LETICIA FERRAZ NEIS, LARA FEIJÓ, MAIELE GIRELLI, NELSON EDUARDO ESTAMADO RIVERO, ROSANA CECCHINI DE CASTRO, ROSANA CABRAL, SOPHIE TRENTIN SODRÉ, TAINARA EBERTZ – ORGANIZADORES



O processo de produção de todos os volumes do Cadernos do PAAS é intimamente articulado e contingenciado pelo seu contexto, pelos desafios que surgem no cotidiano do serviço escola, pela invenção necessária de novas formas de cuidados, assim como, pelas diversas relações, vínculos e redes constituídas a partir dos diferentes movimentos realizados pelo PAAS. Neste décimo volume não seria diferente. Ao escolher como tema a clínica ampliada, esta publicação abre espaço para um princípio do serviço, constitutivo das formas de cuidado e dos modos de formação em saúde presentes no cotidiano do PAAS. Afirmar movimentos na direção da articulação e o diálogo entre diferentes saberes buscando construir a melhor compreensão dos processos de saúde. Mais do que apoiar-se na queixa ou na centralidade da patologia, é um processo que leva em conta as condições de vida, as potencialidades, as vulnerabilidades e os riscos, a trajetória dos usuários, sua relação com os serviços de saúde, com seu território e suas redes de apoio e afeto. Este é o objetivo que movimenta este volume do PAAS, colocar a clínica em ampliação, ser espaço de compartilhamento de experiências em deriva desta posição ética de acolher a vida em suas potencialidades no trabalho em ato da assistência em saúde.



SÉRIE CADERNOS DO PAAS | VOLUME 10

CLÍNICA AMPLIADA:
QUALIFICANDO A PRODUÇÃO
EM SAÚDE

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNISINOS



Reitor

Prof. Dr. Pe. Sergio Eduardo Mariucci, S. J.

Vice-reitor

Prof. Dr. Artur Eugênio Jacobus

CASA LEIRIA
Rua do Parque, 470
93020-270 São Leopoldo-RS Brasil
casaleiria@casaleiria.com.br

SÉRIE CADERNOS DO PAAS | VOLUME 10

ORGANIZADORES

NELSON EDUARDO ESTAMADO RIVERO

ROSANA CECCHINI DE CASTRO

DÂMARIS OLIVEIRA DE SANT ANNA

DANIELA CANZI SARTORI

FRANIELI DE AZEVEDO SOUZA

GABRIELA TAVARES

LETICIA FERRAZ NEIS

LARA FEIJÓ

MAIELE GIRELLI

ROSANA CABRAL

SOPHIE TRENTIN SODRÉ

TAINARA EBERTZ

CLÍNICA AMPLIADA: QUALIFICANDO A PRODUÇÃO EM SAÚDE

CASA LERIA
SÃO LEOPOLDO/RS
2023

CLÍNICA AMPLIADA:
QUALIFICANDO A PRODUÇÃO EM SAÚDE

Editoração: Casa Leiria

Capa: Sophie Trentin Sodré

Fotografia da capa: Letícia Ferraz Neis

Revisão: Comissão Cadernos do PAAS

Para citar esta obra (ABNT): RIVERO, N. E. E. *et al. Clínica Ampliada: qualificando a produção em saúde*. São Leopoldo: Casa Leiria, 2023. (Série Cadernos do PAAS, 10).

DOI 10.29327/5323989

Os textos e as imagens são de responsabilidade de seus autores.

Ficha catalográfica

C641 Clínica ampliada: qualificando a produção em saúde [recurso eletrônico] / Organização Nelson Eduardo Estamado Rivero...[et. al.] ; Projeto de Atenção Ampliada à Saúde (PAAS), Universidade do Vale do Rio dos Sinos. – São Leopoldo, Casa Leiria, 2023. (Cadernos do PAAS, v.10.).

Disponível em: <<http://www.guaritadigital.com.br/casa-leiria/acervo/servicosocial/cadernosdopaas/vol10/index.html>>

ISBN 978-85-9509-098-9

1. Saúde – Estudo e ensino. 2. Projetos de ação social – Saúde. 3. Políticas de saúde. 4. Serviço escola interdisciplinar. 5. Saúde – Formação profissional – Projeto interdisciplinar. 6. Saúde – Clínica ampliada – Interconsulta multiprofissional. I. Rivero, Nelson Eduardo Estamado (Org.). II. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. III. Projeto de Atenção Ampliada à Saúde (PAAS). IV. Série.

CDU 214.2

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Carla Inês Costa dos Santos – CRB 10/973

SUMÁRIO

Apresentação: Cadernos do PAAS: uma escrita em ato

*Rosana Cecchini de Castro, Letícia Ferraz Neis e
Nelson Eduardo Estamado Rivero* 9

Poema Super humano

Rafaela Mathias Schardong 19

Arranjos possíveis na clínica ampliada do Núcleo de Atenção ao Estudante da Unisinos

Ruan Carlos Sansone, Denise Dauber Vieira e Angélica da Costa 21

Freud explica? O que a supervisão em psicanálise faz na Clínica Ampliada do PAAS? Permanências e desistências, o que o inconsciente tem para nos dizer?

*Bruna Oliveira Scheffel, Gabriela Dionísio Ffner, Michele Scheffel Schneider,
Natália Fagundes e Rosana Cecchini de Castro* 33

Grupo Psicoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial: Lugar de Ser

Helena Palavro Basso e Jéssica Prates Ribeiro 53

A interconsulta como recurso motriz para a clínica ampliada em um núcleo de atenção à saúde da pessoa idosa no município de São Leopoldo/RS

Jeferson Souto Pinheiro, Claudia Foti Pontes e Karina Gomes 63

Vozes na minha cabeça: loucura ou formas de ressignificar?

Caroline Flores Zanin, Helena Palavro Basso e Marina Lagunas 73

Entrevista: a clínica ampliada ou a ampliação da clínica?

Entrevistada: Maria de Fátima Bueno Fischer 85

Entrevista: clínica ampliada: dos territórios de saúde aos serviços escola

Entrevistado: Gustavo Cunha Tenório 103

Apresentação: Cadernos do PAAS: uma escrita em ato

*Rosana Cecchini de Castro*¹

*Letícia Ferraz Neis*²

*Nelson Eduardo Estamado Rivero*³

O Cadernos do PAAS chega ao seu décimo volume. Motivos de comemoração? Com certeza! Mas mais do que a celebração de um projeto que se transformou em ato e alcança praticamente uma década de vida, este fato produz outras e diferentes marcações, diversas afecções. Comemorar o décimo volume tem algo de especial, algo que nos remete ao reconhecimento de que conseguimos afirmar e produzir um espaço de fala, de articulação, de encontro, de criação vinculado a um serviço escola que desdobra seu cotidiano entre cuidado e formação. A produção do Cadernos nestes dez volumes, para além de outras coisas, foi testemunho da história... da história do PAAS e suas transformações, de mudanças nas políticas de saúde, do aprofundamento das diferenças e desigualdades sociais, do evento de maior relevância do século XIX até o presente: a pandemia de Covid-19. Talvez mais do que testemunho, o Cadernos e suas páginas, em muito, foram a oportunidade de produção de novos sentidos, foram um lugar de resignificação de práticas, possibilitando encontros de quem escreve e quem lê com as exigências de um tempo que, de forma muito veloz, demandou de todos nós novos modos de vida.

Iniciamos com muita força e entusiasmo, tendo presente o desejo de registrar por escrito a vida que acontecia no serviço. Queríamos

1 Psicóloga; professora dos Cursos de Psicologia Unisinos – São Leopoldo e Porto Alegre. Supervisora e coordenadora do PAAS/Unisinos.

2 Psicóloga, técnica profissional do PAAS/Unisinos.

3 Professor dos Cursos de Psicologia da Unisinos - São Leopoldo e Porto Alegre. Supervisor do PAAS/Unisinos.

contar nossa história de modo que ela se perpetuasse traduzindo o dinamismo de um cotidiano que sempre foi inquieto e inventivo em seu fazer. Os desafios e os movimentos em busca de um trabalho que oportunizasse um maior cuidado em saúde à população atendida e uma formação de melhor qualidade aos estagiários das diferentes graduações que atuavam no serviço, proporcionaram os vários capítulos. Também as transformações e criações experimentadas nas concepções, metodologias e atividades do PAAS integraram as produções como capítulos e volumes desses anos de dedicação a esse sonho transformado em realidade que tanto nos orgulha.

Em 2015 produzimos duas edições: a primeira delas, com o título ***Os desafios da Prática Interdisciplinar em um Serviço Escola***, constitui-se num volume que trabalhou um dos cinco princípios dos PAAS, a interdisciplinaridade. A partir de uma pequena apresentação do PAAS, foi abordado o Acolhimento Permanente com enfoque no Acolhimento de crianças; os desafios da prática interdisciplinar nas perícias psicológicas; as experiências do grupal: cartografia da criação d(n) o grupo de pré-adolescentes; os desafios do trabalho interdisciplinar (?) na perspectiva grupal; as reflexões sobre a experiência de um trabalho interdisciplinar na composição de um grupo de orientação em saúde para pacientes com Diabetes Mellitus Insulino Requerentes. Ainda foi apresentado um texto de abordagem reflexiva sobre o PAAS sobre Limites e potencialidades no serviço escola – pensando a dimensão política do fazer psi e, para concluir, os usuários trouxeram sua palavra com os resultados da avaliação da satisfação deste serviço de saúde.

Na segunda edição dos Cadernos do PAAS, também em 2015, apresentamos um outro princípio do serviço, a grupalidade. Sob o título ***Grupidades em um serviço escola: multiplicidades de um fazer cotidiano***, trabalhamos a abordagem grupal em diferentes ações e situações. As ampliações que o trabalho com grupos pode promover em um serviço escola; Supervisão em grupo: ensino aprendizagem em psicoterapia. Relato de experiência. Grupo de promoção da saúde de crianças: relato de experiência sobre o trabalho interdisciplinar; os primeiros passos da Oficina de Contos do PAAS. Grupo de Treinamento de Pais: um relato de experiência. Voltamos a trabalhar sobre o Acolhimento Permanente, através do texto Espelho, espelho meu, existe alguém que precise mais de ajuda do que eu? Consta também entrevista sobre a Clínica Comum em Saúde.

O volume 3, publicado em 2016, chega com uma alegria especial, pois celebra os 20 anos do PAAS. Sob o título ***Projeto de Atenção Ampliada à Saúde PAAS: 20 anos de desafios e possibilidades***, apresentamos uma edição comemorativa, com a participação e toda a equipe. Os estagiários, professores, técnicos e secretaria, alguns dos nossos parceiros, além dos usuários, e profissionais, que estiveram ou estão vivendo este serviço, trazem suas vivências e compõem este volume. No entanto, não descuidamos do objetivo do Cadernos que busca dar espaço e ser um instrumento de comunicação entre o cotidiano de um serviço escola interdisciplinar em saúde com a comunidade em geral, mas nesta edição, os afetos estão ainda mais presentes.

Redes foi o tema trazido nos volumes 4 e 5 do Cadernos do PAAS em 2017 e 2018, abordando mais um dos princípios do serviço. A rede, diferente dos modelos estruturais, hierarquizados, propõe um funcionamento apoiado no movimento entre seus “nós” e não uma relação de produção linear. A rede não tem centro ou mesmo hierarquia e somente estará ativa quando seus integrantes a “aquecerem”, produzirem movimentos de criação. Assim, apresenta-se para além de uma forma de organização. A rede alcança um patamar político, ou seja, se apresenta como maneira de pensar as relações, as instituições e as políticas de direitos como a saúde, a educação, a assistência social, entre outras. No PAAS, o conceito de rede faz, inevitavelmente, parte dos princípios que sustentam a prática de cuidado e a proposta de formação em saúde.

No volume 4, ***Redes de Produção em um serviço escola***, foram apresentados os textos dos processos de inserção/participação do PAAS na rede. Os desafios do trabalho em redes, num serviço escola da área da saúde; redescobrimos a extensão universitária na Unisinos; Linhas de Cuidado – construindo caminhos; Grupo Canoagem Velocidade: um relato de experiência; os desafios das demandas para atendimento psicológico com jovens institucionalizados; Atenção primária à saúde numa equipe interdisciplinar: um estudo de caso, atendimento em conjunto: prática interdisciplinar envolvendo nutrição e psicologia; rede de apoio entre o PAAS e as escolas de São Leopoldo; rede invisível em um espaço de oficina – do ser professora para um “vir a ser psicóloga”: breves reflexões e ainda A vida humana organizada em redes e em estruturas hierárquicas: considerações sobre paradigmas que as sustentam.

No volume 5, ***Redes: Construções coletivas com um serviço escola***, retomamos o conceito de rede. Destacamos que é um princípio de produção e organização do PAAS e a intenção de que isso tenha efeitos de horizontalização nas relações internas, entre equipe e com os usuários, nas relações interinstitucionais e intersetoriais; constitui um constante exercício ético como parte de um movimento de afirmação de práticas de cuidado que objetivam um viés democrático e de construção coletiva. Dessa forma, continuar falando sobre redes se fez importante por considerar o momento político em que vivemos no país quando da produção desta obra, em que estão em risco não só concepções de mundo e de organizações mais horizontais, democráticas e humanizadas, mas também a própria democracia participativa.

A situação que se coloca no momento exige nos posicionarmos contra o retrocesso nas conquistas alcançadas por uma perspectiva mais humanizada nas práticas de cuidado e de saúde. Retrocesso este que encontra força nos discursos conservadores que não só legitimam, como também incentivam ataques à diferença e aos direitos humanos, o extermínio da população vulnerável e atuam no sentido de revogar direitos importantes e desmontar as políticas públicas através das quais estes se exercem, como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o Cadernos do PAAS segue para a sua quinta edição reafirmando a potência do trabalho em rede.

O tema da adolescência integra o volume 6, ***Saúde e cuidado no serviço escola: adolescência presente!***, publicado em 2019. Deriva do VIII Seminário Interdisciplinar do PAAS: “Entrelaçando redes para fortalecer o cuidado”, organizado em 2017. A proposta resulta da aproximação com os diferentes segmentos da rede municipal dos quais já participávamos. No evento, os profissionais da rede, se propunham a compreender mais detalhadamente o nosso trabalho, ao mesmo tempo que buscavam soluções para suas demandas. Ao final, identificamos um pedido mais específico, para que pudessem contar conosco para melhor realizar o trabalho junto à grande quantidade de crianças e adolescentes que chegavam aos seus serviços. Numa realidade parecida estávamos nós, do PAAS. A cada novo cadastro, a equipe de Acolhimento, identificava um aumento significativo no número de encaminhamentos de escolas, de diferentes serviços da cidade e mesmo de busca espontânea de familiares e responsáveis pelo atendimento de adolescentes e crianças decorrentes do sofrimento que se encontravam.

Já havia no serviço ações constituídas de intervenção com crianças e adolescentes, além dos atendimentos individuais e grupais. Nossas relações com Casas de Acolhimento, Escolas, Projetos Sociais, entre outros em função desses cuidados já eram presentes. Mas o VIII Seminário trouxe uma outra dimensão: a intensidade, cumplicidade e a ampliação dos desafios no trabalho com crianças e adolescentes. O compartilhamento das realidades de sofrimento, das dúvidas sobre o que e como fazer, dos esgotamentos e limites instituídos, assim como a alegria e o testemunho da vida presente. Como resultado deste encontro, surge uma questão pulsante para o PAAS: como tomar a adolescência uma meta de trabalho? Optamos, em equipe, para o ano de 2018, acolher a demanda de atendimento aos adolescentes através da ampliação do trabalho, dos estudos e das ações efetuadas com a rede intersetorial de atenção de adolescentes de São Leopoldo. Ampliamos a oferta de grupos psicoterapêuticos e de apoio aos adolescentes e pré-adolescentes. Criamos ações de extensão para formação e construção de estratégias de intervenção na rede de atenção aos adolescentes, para trabalhadores da rede de São Leopoldo, com momentos de estudo para melhor compreender a expressão do sofrimento dos jovens de nosso país, assim como realizamos assessorias no campo da educação. A sexta edição, portanto, não teria como furtar-se a ser um espaço de registro, de articulação e testemunho de vários destes acontecimentos. Se propôs a compor uma linha visível do muito que fez presente a adolescência no PAAS naquele período e que, podemos afirmar, segue até hoje.

Ainda relativo ao ano de 2019, consideramos que vale a pena destacar que tivemos a publicação no Boletim Entre SIS de Santa Cruz do Sul, em seu volume 4, número 2, Edição Especial, p. 5-14, de outubro do texto ***Cadernos do PAAS: a escrita como um dispositivo de produção de redes***, escrito por uma estagiária do Estágio Profissional em Psicologia da época e supervisores, originalmente apresentado no 1º Encontro de Serviços Escola, no qual foi premiado, recebendo esta publicação como premiação. Tomando o resumo do artigo, destacamos que o Cadernos do PAAS foi pensado como instrumento de divulgação das ações do serviço, fomento à produção dos acadêmicos e profissionais, estratégia de interdisciplinaridade, articulação entre ação social, graduação e redes do município e, ainda, como modo de ensaiar outra forma de diálogo com a comunidade. Visa contribuir para a ampliação da atenção em saúde, dos investimentos nas práticas da Psico-

logia, Nutrição e Enfermagem, defendendo uma formação implicada com a prática do cuidado. O processo de produção inicia pela eleição do tema oriundo dos desafios ou das metas que o serviço reconhece como presente no seu cotidiano, seguido da abertura de inscrições de textos, revisão do material, preparação para a publicação e lançamento. Prioriza textos assinados pelos estagiários, mesmo que junto com professores ou técnicos. Ao longo das suas edições foi possível verificar a crescente aproximação das práticas de produção interdisciplinares, o aprofundamento de situações peculiares à proposta do serviço escola e o aumento de visibilidade do serviço e das práticas de saúde ali realizadas. Considera-se que a proposta alcança seus objetivos de apresentar-se como uma estratégia política potente originada desde a academia e seu serviço escola na direção do fortalecimento de uma formação implicada com as práticas de cuidado e o sistema de saúde do nosso

Ao longo da pandemia da Covid-19, todos os integrantes do PAAS passaram por situações únicas e pontuais. Uma nova realidade foi criada, uma rede de desa(fios), cada um com seus desdobramentos e possível nó, para que o nosso “nós” pudesse se fortalecer e se reinventar coletivamente. O PAAS viveu um momento de desconexão com sua antiga forma de trabalhar e atuar, para encontrar novas formas de se conectar com aqueles que o compõem e de se reconectar com novas possibilidades de atuação, como um Programa que está em constante reinvenção e em busca de formas de exercer o cuidado em saúde.

O Cadernos do PAAS, volume 7, *Retratos da pandemia conexões – desconexões & reconexões*, trouxe, à tona esta nova realidade, não sem mencionar as dúvidas e incertezas do percurso, os questionamentos que se colocavam e as possibilidades que acabaram surgindo e que viabilizaram um trabalho nunca anteriormente pensado. A edição contou com as entrevistas de Débora Noal e Emerson Merhy. Trouxe também diferentes relatos do trabalho em saúde em sua versão on-line. São experiências que trouxeram à tona uma nova realidade, não sem mencionar as dúvidas e incertezas do percurso, os questionamentos que ainda se colocam e as possibilidades que acabaram surgindo e que viabilizaram um trabalho nunca anteriormente pensado.

Entre diferentes links que se tornaram nossa forma de encontro com os usuários e equipe, descobrimos um novo PAAS. A presencialidade muito discutida entre nós mostrou-se como possível. Mesmo que fisicamente distantes, encontramos maneiras de permanecermos

próximos e trabalhando de forma integrada. Os novos tempos soaram incertos por um longo período, mas a capacidade de reinvenção nos mostrou que grandes desafios que geraram desconfortos e a busca por novos questionamentos e resposta que puderam ter seu registro na edição de 2020 do Cadernos do PAAS, neste momento, on-line.

O volume 8 do Cadernos do PAAS, publicado em 2021, foi uma edição comemorativa, celebrou mais um aniversário do serviço. Com o título, **25 anos! (Trans)formações e inspirações do cuidado em saúde**, lançamos o olhar para a trajetória do Serviço de Atenção Ampliada à Saúde desde seu princípio em 1996, até os projetos que culminam no formato atual de serviço escola.

A escrita permitiu um resgate do que já foi construído, do quanto já se aprendeu, do quanto já praticou no cuidado em saúde, mas também do quanto produzimos de diferenças em nós mesmos nestes últimos semestres. Quando olhamos para os 25 anos de vida, também percebemos as transformações, que sempre foram a marca do serviço, associadas à intensidade e velocidade impostas pelos tempos recentes; quando percebemos que estivemos e estamos, mais do que nunca, “nas nuvens”, nas redes, pulverizados, descentralizados.

Houve, nesta edição a narrativa da trajetória iniciada lá no PIPAS, há 25 anos e seu percurso até chegarmos aqui. Depois, lembramos, sucintamente, como atravessamos e fomos atravessados pelo ano de 2020 e seus enormes desafios. Passamos então a compartilhar nosso momento atual, de vertigens e aterrissagens, assim como chegamos ao tema deste nosso volume do Cadernos do PAAS: inspirações e transformações nas formas de cuidado; novamente, movimentos.

O volume 9, publicado em 2022, sob o título **Estratégias e políticas do acolhimento: experiências de encontro**, trabalha o princípio do PAAS que ainda não havia sido trabalhado como temática anteriormente. O presente volume buscou evidenciar o acolhimento como experiência de encontro. Ampliar essa discussão com o objetivo de avançar na implementação do acolhimento nas diferentes práticas de cuidado em saúde, considerando estratégias e políticas. Para tanto, serão compartilhadas experiências significativas nas mais diferentes áreas como formação, práticas em saúde, acolhimento do estudante universitário, avaliação psicológica, saúde da população LGBTQIA+, o papel da fisioterapia no contexto da dor crônica e comportamentos suicidas

Como é possível perceber, o processo de produção de todos os volumes do Cadernos do PAAS é intimamente articulado e contingenciado pelo seu contexto, pelos desafios que surgem no cotidiano do serviço escola, pela invenção necessária de novas formas de cuidados, assim como pelas diversas relações, vínculos e redes constituídas a partir dos diferentes movimentos realizados pelo PAAS. Além disso, há uma intenção sempre presente de inclusão de novos atores, novos autores e novas formas de expressão.

Chegamos assim, ao décimo volume. Para nosso serviço escola, um marco, a materialização de uma vitória: uma coleção de dez volumes, testemunhas de uma década de vida e espaço de afirmação de muitos projetos, encontros, ações, cuidados entre tantos outros. Chegamos ao décimo volume integralizando a proposta do Cadernos de ser palco dos princípios do PAAS tomados através dos seus temas. Chegou a vez da Clínica Ampliada.

A clínica ampliada vai na direção da articulação e o diálogo entre diferentes saberes buscando construir a melhor compreensão dos processos de saúde. Mais do que apoiar-se na queixa, é um processo que leva em conta as condições de vida, as potencialidades, as vulnerabilidades e os riscos, levando em conta a trajetória dos usuários, sua relação com os serviços de saúde. Nesse sentido, pensar uma clínica ampliada é desprender-se do olhar médico centrado e do foco na doença, deixando de generalizar sintomas, de apenas prescrever medicamentos e comprovar a hipótese de doenças, para pensar condutas e ações em saúde que podem ser produzidas na relação com os usuários, entendidos agora como sujeitos ativos no seu próprio cuidado.

Esta clínica como princípio está presente no PAAS como cuidado e assistência à população e como base para formação dos futuros profissionais de saúde que realizam seu estágio no serviço. Tanto que nos idos de 2010, já resgatado de diferentes formas pelos Cadernos, o PAAS assume em seu nome a condição Atenção Ampliada em Saúde, na substituição à referência às práticas ambulatoriais. Neste sentido, o décimo volume procura revisitar e reafirmar esta escolha, pois traz entre suas páginas uma entrevista com um colega que esteve entre nós, em 2011, ajudando a confirmar e impulsionar a caminhada: Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha que desta vez, sobre o mesmo tema, nos ajuda a atualizar e reafirmar nosso princípio.

Nosso décimo volume traz o poema Super-Humano, que nos convida a pensar sobre os coletivos e a possibilidade dos “voos”. O texto “Arranjos Possíveis na Clínica Ampliada do Núcleo de Atenção ao Estudante da Unisinos” reflete sobre a clínica ampliada no atendimento aos alunos através de uma equipe multiprofissional composta por profissionais da Educação Inclusiva e Especial, Serviço Social, Pedagogia e Psicologia. Na sequência, o texto “Freud explica? O que a supervisão em psicanálise faz na Clínica Ampliada do PAAS? Permanências e desistências, o que o inconsciente tem para nos dizer?” visa discutir à luz do referencial psicanalítico as continuidades e descontinuidades dos usuários ingressantes na clínica-escola. Em “Grupo Psicoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial: Lugar de Ser” é apresentado um relato de experiência acerca da condução do grupo psicoterapêutico Trocando Ideias inseridos na realidade de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade da Serra Gaúcha. Na escrita “A Interconsulta como Recurso Motriz para a Clínica Ampliada em um Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Município de São Leopoldo/RS” é destacada a importância da interconsulta multiprofissional como recurso da clínica ampliada para garantia da integralidade da pessoa idosa em um serviço especializado da rede. Já no texto “Vozes na Minha Cabeça: Loucura ou Formas de Ressignificar?” que realizou revisão bibliográfica acerca da prática da psicologia relacionada à saúde coletiva, políticas públicas e clínica ampliada. Por fim, são apresentadas duas entrevistas: uma com a professora Maria de Fátima Fischer e outra com professor Gustavo Tenório, ambos parte da história do PAAS e das discussões que fundamentam a prática da clínica ampliada no serviço.

Esperamos que esta edição potencialize o diálogo e a interlocução entre os saberes que constituem uma forma de ampliação da clínica para além dos estereótipos tradicionais. Com isso, desejamos que esta construção sirva para pensarmos e repensarmos nossas práticas de cuidado e qualificarmos nossa produção em saúde. Agradecemos a todos que se envolveram e se envolvem neste projeto, que frutifica nosso saber compartilhado e marca registros importantes sobre nossa história e tudo o que é possível de ser produzido quando nos dedicamos a pensar estratégias de cuidado em saúde.

Boa leitura!

Poema Super humano

Ontem um passarinho sussurrou no meu ouvido
Cochichou baixinho que tem medo
Medo de voar mais uma vez
Para a árvore que o chacoalhou e fez cair
Entrou na gaiola, fechou-a e ficou
Pra não sentir medo, não sentiu nada mais
Recebeu visitas do vazio, isolamento,
Palpites que ali era mais seguro
Mas ontem eu ouvi um passarinho
Que sussurrou no meu ouvido,
Que cochichou baixinho que tem medo
Disse então: ora, passarinho, abre a gaiola,
Me permite voar contigo e vamos juntos até lá
Alguns dias são ventosos
E chacoalham a árvore
Essa que pode também te chacoalhar
Mas nessa mesma árvore
São possíveis canções conjuntas e coletivas
Que permitem novos voos
Ontem eu escutei um passarinho
Que não era passarinho, tem nove vidas
E cria super-humanos
Através da sensibilidade.

Rafaela Mathias Schardong¹

¹ Assistente Social, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Unisinos.

Arranjos possíveis na clínica ampliada do Núcleo de Atenção ao Estudante da Unisinos

Ruan Carlos Sansone¹

Denise Dauber Vieira²

Angélica da Costa³

Resumo: Este artigo busca apresentar a clínica ampliada como forma de atuação no Núcleo de Atenção ao Estudante (NAE) através dos arranjos possíveis de um trabalho multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, composto por profissionais de Educação Inclusiva e Especial, Serviço Social, Pedagogia e Psicologia. O relato tem como objetivo socializar os serviços oferecidos para estudantes que possam encontrar dificuldades no processo de escrita. Bem como, demonstrar a importância de uma equipe com olhar inclusivo atento para a Diversidade e as Especificidades de cada sujeito, que faz do NAE um local de acolhimento para situações múltiplas conflituosas, dando atenção às multiplicidades das relações de poder, aos conflitos e às suas dispersões que podem surgir no processo de escrita dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Teses, Dissertações e Projetos Finais, que por vezes podem resultar em adoecimento, abandono e fracasso escolar dos estudantes.

Palavras-chave: Clínica ampliada. Arranjos. Diversidade estudantil. Dificuldade de escrita.

1 Pedagogo, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, Orientador Educacional, Especialista em Educação Inclusiva e Especial, NAE Unisinos. E-mail: ruansr@unisinos.br.

2 Psicóloga da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. E-mail: deni@unisinos.br.

3 Assistente Social da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, Especialista em Terapia de Casal e Família, Educação Inclusiva e Especial e Intervenções em Situações de Luto. E-mail: angelcosta@unisinos.br.

A inclusão como agente provocador para o acolhimento

O local no qual escolhemos como objetivo empírico de análise para apresentar as experiências relatadas no presente artigo é o Núcleo de Atenção ao Estudante (NAE), que integra a Gerência de Marketing e Relacionamento na Universidade do Vale do Rio dos Sinos. O NAE, constitui-se como um espaço de atenção, acolhimento, orientação e atendimento às demandas dos estudantes da graduação e pós-graduação, baseada no olhar proposto pelo conceito de clínica ampliada, através das diferentes perspectivas de uma equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar.

A equipe do NAE é composta por uma Assistente Social, um Pedagogo, uma acadêmica estagiária de Pedagogia, uma Auxiliar Administrativo, com graduação em Gestão de Recursos Humanos, uma Psicóloga e dois acadêmicos estagiários de Psicologia, disponíveis para o atendimento dos estudantes da Unisinos. Atua na construção de redes de atenção e acompanhamento e de apoio aos estudantes, mobilizando, envolvendo e criando arranjos que envolvem a coordenação de curso, corpo docente, familiares e rede de atendimento externo nos processos de aprendizagem, no que tange à acessibilidade, dificuldades organizacionais, emocionais e de aprendizagem, a fim de auxiliar no desempenho acadêmico dos estudantes (FIALHO *et al.*, 2017).

A partir do conceito de clínica ampliada, o NAE busca “se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A clínica ampliada possibilita o trabalho multiprofissional, mas com saberes interdisciplinares, consequentemente, transcendendo a importância aos sinais de sintomas para importar-se também com as dimensões subjetivas e sociais do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De tal modo, a Diversidade Estudantil é uma realidade presente na sociedade e latente nas Instituições de Ensino Superior (IES), que a partir do Programa Incluir (2005), propiciou a criação dos Núcleos de Apoio aos Discentes nas Universidades Públicas e Federais, na realização de ações articuladas entre os diferentes órgãos e departamentos para a implementação da política de acessibilidade e efetivação das relações de ensino, pesquisa e extensão. Ações como a do Pro-

grama Incluir⁴, provocaram investimentos de acessibilidade e inclusão em todas as IES⁵, não somente nas Públicas e Federais com “ações que buscam garantir o acesso e permanência de todos no sistema de ensino, já que a educação inclusiva assume espaço central na quebra da lógica da exclusão” (THOMA; KRAEMER, 2017, p. 198). O que evidenciou um olhar ampliado além de ações exclusivas para as pessoas com Necessidades Educativas Especiais (NEE), mas propiciou um trabalho voltado para a Diversidade de cada estudante, em suas especificidades e singularidades no ambiente educacional em busca de acolhimento, respeito e equidade (MOREIRA; BOLSANELLO; SEGER, 2021).

Importante, destacar que entendemos a Diversidade como a representação de pessoas com afiliações grupais em um sistema social (BERNSTEIN *et al.*, 2020), no qual nos propomos apresentar as problematizações implicadas para alguns estudantes que apresentam suas especificidades como seres únicos (SALES, 2022), no recorte das problematizações pedagógicas, sociais e psicológicas que se apresentam durante o período de escrita dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Teses e Dissertações, Projetos Finais de curso dos estudantes acompanhados e atendidos pelo NAE.

Situações o que se apresentam no processo de escrita

A universidade como instituição social é caracterizada pela pluralidade de pensamentos, constitui-se como um espaço propício para conflitos das mais variadas formas e fontes. Assim, o NAE torna-se

4 O Programa Incluir — acessibilidade na educação superior é executado por meio da parceria entre a Secretaria de Educação Superior - Sesu e a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão - Secadi. No período de 2005 a 2011, o Programa Incluir, efetivou-se por meio de chamadas públicas concorrenciais, que, naquele momento, significaram o início da formulação de estratégias para identificação das barreiras ao acesso das pessoas com deficiência à educação superior. A partir de 2012, ele foi ampliado atendendo todas as IFES, induzindo, assim, o desenvolvimento de uma Política de Acessibilidade ampla e articulada” BRASIL. Documento orientador Programa Incluir - acessibilidade na educação superior. Secadi / Sesu - 2013.

5 Cabe ressaltar, que o Núcleo de Atenção ao Estudante da Universidade do Vale do Rio dos Sinos foi criado no ano de 1998, com o nome de Serviço de Atenção ao Acadêmico (SAAC), durante os anos de 2010 até 2020 atuava com a nomenclatura de Núcleo de Assistência Estudantil (NAE). Em 2020 foi instituído a criação do Núcleo de Atenção ao Estudante (NAE), conforme sua atuação vigente.

um espaço potente, com um olhar aguçado, atento para a diversidade dos estudantes, propiciando assim o NAE ser um local de acolhimento para situações múltiplas conflituosas, dando atenção às multiplicidades das relações de poder, aos conflitos e às suas dispersões que podem surgir no processo de escrita dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Teses, Dissertações e Projetos Finais, que por vezes causam um processo de adoecimento, abandono e fracasso escolar dos estudantes.

Como espaço de acolhimento, entende-se a importância da relação estabelecida entre profissional e estudante, pois o vínculo criado fortalece o processo reflexivo do estudante sobre sua jornada na Instituição.

É o momento de acolher o usuário, não o problema que o traz. Acolher a pessoa que procura o recurso (dando-lhe a mão, perguntando algumas primeiras informações, referentes à busca do serviço). É o momento da criação do vínculo, que facilitará o processo interventivo (GIONCO; WUNSCH; FELIZARDO, 2003, p. 19).

Segundo, Ernesto Artur Berg (2012), a palavra conflito vem do latim *conflictus*, que significa um choque entre coisas, entre sujeitos; ou grupos opostos que lutam entre si. Conforme a mediação, e a forma como se organizam as situações, seu desfecho pode responder em alterações e mudanças bem-sucedidas e produtivas ou podem levar ao insucesso e acarretar situações que deterioram os relacionamentos interpessoais e adoecem as pessoas. Cabe ressaltar, que a divergência de pensamento é importante, e está ligada a diversidade, um ambiente mais diverso e plural é composto por diferentes perspectivas do mundo o que corrobora para a autonomia e “são recursos importantes para a geração do pensamento criativo e para a inovação sendo que o respeito pela diversidade cultural atua como um elemento crucial” (OLIVEIRA; RODRIGUEZ, 2004, p. 3837).

Atento a isso, um dos serviços disponibilizados aos estudantes, focado nos processos de escrita aqui mencionado, é o Apoio Pedagógico Organizacional para os estudantes matriculados nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Teses, Dissertações e Projetos Finais, coordenado pelo Pedagogo do NAE com apoio de uma estudante estagiária de Pedagogia. No qual é realizado um trabalho de mediação entre Coordenação de Curso, Professora, Professor Orientador para mapear as expectativas da orientação e do próprio estudante. Após esse

momento de alinhamento, é trabalhado algumas estratégias de aprendizagem organizacional, sendo uma das mais efetivas o Cronograma de Pesquisa, tratando-se de um documento no qual o estudante cria estratégias que possam efetivar o que dele é desejado e esperado para produção do conhecimento científico, no qual ele descreve cada um dos passos da construção da pesquisa.

Na sequência, apresentamos um quadro onde o estudante pode planejar cada uma das tarefas da pesquisa, conforme apresentamos no exemplo utilizado a seguir:

Quadro 1 – Cronograma de Pesquisa

CRONOGRAMA DA PESQUISA ESTUDANTE MATRICULADO EM CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA

ATIVIDADE	PRAZO DE REALIZAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
1. Fazer download do modelo de TCC da Unisinos https://unisinos.br/biblioteca/images/stories/2022/13gradhucaos/prod_todos_cursos/tcc_cinco_8hucaos.docx 2. Entrar no documento e incluir seus dados; 3. Elencar um dos TCC dos colegas como modelo para inspiração; 4. Escolher uma poesia para abertura da introdução; 5. Separar dois textos de referência (de 2 até 4) e salvar em uma pastinha no <u>drive</u> .	02/05	Salvar tudo em uma pasta no drive e compartilhar com o Ruan;
6. Iniciar escrita da introdução; • Apresentar tema <u>negacionismo</u>; • Apresentar o tema da psicanálise • Articular os dois temas, e incluir as fundamentações teóricas;	04/06	Compartilhar com Ruan
Fundamentação teórica 1. (Fazer texto de apresentação de gráfico ao leitor) pag. 11 OK;		

Fonte: Elaborado pela Pedagogo do NAE, Unisinos, 2023.

A partir do que foi planejado e através da utilização do cronograma de pesquisa, o estudante consegue organizar os caminhos teóricos metodológicos da pesquisa, já que este organiza o pensamento, auxilia na rotina de produção escrita, na delimitação e na construção de um objeto e um campo de investigação. Conforme Dagmar Meyer e Marlucy Alves Paraíso (2014): “tudo isso para, então, colocar em funcionamento, de forma sistematizada, a teoria, os conceitos e as estratégias de análise que constituem o que se nomeia como referencial teórico-metodológico”, que corrobora na construção da pesquisa, criando autonomia e propiciando muitas vezes uma sensação de satisfação, tranquilizando e acalmando conflitos externos e internos, pois conforme a pesquisa vai avançando e as metas estipuladas pelo

cronograma são alcançadas, maior o sentimento satisfação, autonomia e protagonismo.

Na apresentação dos arranjos, existe no NAE um espaço potente, enraizado nas coletividades que é o grupo TCCendo que teve sua primeira edição por volta do ano 2000, passando por reformulações, e surgindo a partir do entendimento de que o estudante no processo de finalização do curso de graduação pode apresentar dificuldades em virtude das exigências dessa etapa de sua formação e conflitos ao se transformar de um estudante para um profissional do mercado de trabalho. Sendo esse um espaço, coletivo e colaborativo para orientação e acompanhamento de grupos de estudantes que estão em situação de estresse, matriculados no Trabalho de Conclusão e Projeto Final.

O TCCendo está organizado em encontros semanais onde é apresentado em cada encontro uma temática relacionada ao processo de escrever, incluindo encontros com espaço de fala aberto, para os estudantes se expressarem e partilharem, junto ao grupo, os sentimentos que estão presentes no trabalho de escrita. Nos encontros contemplam atividades com convidados que trabalham sobre pesquisa junto a Base de Dados da Unisinos, Normas da ABNT. O processo de escrita em si com professoras do curso de Letras é um momento bem significativo, onde são trabalhados assuntos como mitos e verdades da banca, quando se tem apenas um olhar de avaliação e não como apresentação da trajetória e da construção do trabalho em conjunto com professor orientador.

Escrever é um registro que fica no papel que escreve e inscreve a singularidade de cada sujeito, como um processo de reconhecimento de uma produção que é de sua autoria. Todo esse caminho nem sempre é tranquilo e simples, por este motivo o NAE oportuniza o acompanhamento aos estudantes, ampliando o olhar e a escuta, identificando junto com aluno quais aspectos estão sendo impeditivos para que a sua escrita chegue ao papel como transformador da sua formação acadêmica.

Além do grupo, no NAE o estudante recebe o acolhimento de forma individual quando é realizada a primeira escuta da demanda trazida, considerando sua trajetória pessoal e acadêmica e os atravessamentos presentes na trajetória estudantil. Uma das demandas que aparecem com maior frequência nos atendimentos aos estudantes é a dificuldade da escrita. Este momento que acontece essa escrita geral-

mente está junto ao processo de finalização de uma trajetória acadêmica. Momento este que, por si só, é recheado de anseios pelo que irá acontecer após o término de um curso do ensino superior.

Incertezas, porque, em muitos momentos, pensava que não daria conta de compreender e me apropriar de tantos conceitos e teorizações, de aceitar e conseguir (e entender que era necessário) desconstruir tantos “eu sei” ou “é assim, sempre foi assim” (TOMASEL, 2017, p. 75).

Conforme, Soraia Tomasel (2017), diz sobre o processo de pesquisar e aqui empregado também ao de escrita, das incertezas e das inseguranças que ele nos faz experimentar. Como um caminho que parece não ter fim, marcado por idas e vindas, por desafios incertezas, nos desacomoda, nos tira de nossa zona de conforto, mexe com nossos sentimentos, nossas certezas, nossas aprendizagens já consolidadas, fazendo nascer dúvidas, curiosidades e angústias (SANSONE, 2020, p. 44).

A partir do acolhimento, das incertezas, do “aceitar e conseguir e entender que era necessário desconstruir tantos “eu sei” ou “é assim, sempre foi assim” (TOMASEL, 2017, p. 79), que muitas vezes os estudantes se perguntam. De tal modo, o principal objetivo do NAE, é avaliar, junto a equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, em seus diferentes olhares, objetivando as melhores possibilidades de encaminhamento. Assim, oferecemos a possibilidade do estudante de se implicar no seu processo de escrita através dos nossos atendimentos, oficinas e mediações.

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. No contexto educacional, podemos pensar que ampliar a clínica é aumentar a autonomia dos estudantes, oportunizando protagonismo no processo de escrita não somente dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Teses e Dissertações, e Projetos Finais, bem como de outros trabalhos acadêmicos e pesquisas futuras. O trabalho da equipe do NAE, ancorado no conceito de Clínica Ampliada não se encaixa em só um campo disciplinar, ele nos afasta ou desprende do diagnóstico de uma Necessidade Educativa Especial (NEE), temporária ou permanente, vinculada ou não a uma causa orgânica, como por exemplo: Estudantes com Deficiência, Transtornos Globais de Desenvolvimento, Altas Habilidades/Superdotação, dificuldades acentuadas de

aprendizagem, dificuldades de comunicação e sinalização, entre outras (SINAES, 2013), ou Dificuldades de Aprendizagem.

Arranjos possíveis da Clínica Ampliada no NAE

Os arranjos pedagógicos referenciados aqui e constituídos pelas práticas do NAE na Unisinos se refere, toma emprestado, as noções de combinações e de composições para conceituar os movimentos, as ações em rede que visam a convergência de recursos didático-pedagógicos e de acessibilidade e inclusão (PACHECO, 2018, p. 6).

Neste momento, apresentam-se possibilidades, assim nos apoiamos na prática do Atendimento Educacional Especializado (AEE), para prever um movimento similar ao de Arranjo Pedagógico (PACHECO, 2018), que se assemelha a Clínica Ampliada Estudantil, na articulação e no diálogo entre diferentes saberes buscando a melhor compreensão dos processos de saúde e adoecimento dos estudantes. A universidade apresenta-se como o centro do conhecimento, sendo responsável pela produção científica, pelas conexões com diferentes áreas do saber, devendo ser também um local da Diversidade e do respeito às diferenças.

A atuação do NAE, está ancorada nas estratégias de atenção ao perfil Universitário dos estudantes da Unisinos, no qual o ensino e a avaliação ocorrem através de competências, “avaliação processual que busque estratégias efetivas e diversificadas de acompanhamento do processo de aprendizagem” (UNISINOS, 2008, p. 2), que os estudantes precisam alcançar nas atividades acadêmicas.

Esse é o disparador que fez com que pudéssemos pensar em estratégias, arranjos e ações em rede que promovam a adaptação para que os estudantes consigam concluir sua formação. Dentro das Ciências Sociais a rede é considerada como um símbolo da complexidade das relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, pois a sociedade é resultado desse “complexo padrão interativo” (CASTELLS, 2003, p. 42).

A clínica ampliada se propõe nos afastarmos ou desprendermos do olhar médico centrado e do foco na doença, deixando de generalizar sintomas, de apenas prescrever medicamentos e comprovar a hipótese de doenças, para pensar condutas e ações em saúde integral que podem ser compartilhadas na relação com os usuários, aqui neste

contexto os estudantes. Entendidos agora como sujeitos ativos no seu próprio cuidado através de movimentos, ações em rede que visam a convergência de recursos, organizados em prol da viabilidade do processo de ensino aprendizagem dos acadêmicos.

A Clínica Ampliada, no contexto educacional propõe não limitar os estudantes às dificuldades acadêmicas que apresentam, mas considerar o contexto de vida no qual o estudante está inserido e perpassar suas dificuldades de aprendizagem. A dificuldade de aprendizagem pode estar relacionada a diversos fatores como: fome, desmotivação, falta de estímulo, conflito familiar, problemas pessoais, que interferem na aprendizagem e prejudicam no desenvolvimento do estudante.

De acordo com Campos (1979, p. 33):

A aprendizagem envolve o uso e o desenvolvimento de todos os poderes, capacidades, potencialidades do homem, tanto físicas, quanto mentais e afetivas, isto significa que aprendizagem não pode ser considerada somente como um processo de memorização ou que emprega apenas o conjunto das funções mentais ou unicamente os elementos físicos ou emocionais, pois todos estes são aspectos necessários.

Através do acolhimento individual realizado no NAE, o estudante é considerado pela sua individualidade e complexidade, os encaminhamentos e ações são pensados em conjunto com o estudante, a efetividade desta interação acontece por meio da escuta, do diálogo entre profissional e estudante. Esse encaminhamento é importante, pois propicia diferentes olhares nas demandas apresentadas.

Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os atendimentos do NAE buscam focar nas potencialidades como ponto de partida, mas sem negar que existam dificuldades, considerando o estudante como protagonista da sua trajetória acadêmica. Esse enfoque tem como objetivo a conquista da autonomia pelo estudante.

Segundo Paulo Freire (1996), autonomia:

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (p. 121).

Nesse sentido, a equipe do NAE tem como objetivo central auxiliar na construção da autonomia do estudante e dessa forma, ao emponderá-lo, é possível entender quais são as suas necessidades, dores, angústias e o que eles esperam do futuro. De tal maneira que, Freire, nos faz pensar sobre a autonomia a partir do sujeito como ferramenta que vai além de uma condição que se desenvolve a partir do conhecimento, mas a consciência e ação através do processo de construção e trajetória de cada sujeito (FREIRE, 1996). O NAE, é um ambiente responsável pelos disparadores que provocam a busca de uma Universidade mais inclusiva, democrática e sempre em “vigília, atenta e alerta”, para a saúde integral dos seus estudantes.

Os arranjos da Clínica Ampliada do NAE, são múltiplos e vão desde o trabalho de prevenção, ao de apoio a escrita, com conversas, atendimento individual, atendimento junto à família, através de palestras educativas, campanhas a favor da saúde mental e contra a discriminação, preconceito e a disseminação de conhecimento e vivências sobre a importância da diversidade e da diferença. Sendo assim, a universidade acolhe o estudante através do amparo do NAE, com auxílio de profissionais inclusivos, efetuando arranjos que melhorem, enriqueçam, incrementem e favoreçam a conscientização e propiciem à atenção e escuta de todos os estudantes, e outros agentes que atravessam a vida e aprendizagem dos estudantes em casos individuais e coletivos.

Referências

ARAUJO, E. R.; SILVA, S. Temos de fazer um cavalo de troia: elementos para compreender a internacionalização da investigação e do ensino superior. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 60, p. 77-98, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/275/27533496005.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2023.

- BERG, Ernesto Artur. **Administração de conflitos**: abordagens práticas para o dia a dia. Curitiba: Juruá, 2012.
- BERNSTEIN, Ruth Sessler; BULGER, Morgan; SALIPANTE, Paul; WEISINGER, Judith. From diversity to inclusion to equity: A theory of generative interactions. **Journal of Business Ethics**, v. 167, n. 3, p. 395-410, 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Documento orientador do Programa Incluir**: acessibilidade na educação superior. Brasília: SECADI/SESu, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 7 jul. 2023.
- CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da aprendizagem**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1979.
- CASTELLS, M. **A era da informação**: economia, sociedade e cultura. v. 1. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- FIALHO, R. R. *et al.* O núcleo de apoio acadêmico na atenção às pcds na universidade: práticas de inclusão. In: SALÃO DE ENSINO E EXTENSÃO, 8., 2017. **Anais [...]**. Santa Cruz do Sul, Unisc, 2017. p. 273. Disponível em: https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/17228. Acesso em: 3 jul. 2023
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIONCO, C. D.; WUNSCH, D. S; FELIZARDO, L. Z. Z. **Processos de Trabalho do Serviço Social III**. Canoas: Ulbra, 2003.
- MOREIRA, L.; BOLSANELLO. M.; SEGER, R. Ingresso e permanência na universidade: Alunos com deficiências em foco. **Educar em Revista**, n. 41, p. 125-143, 2011.
- MEYER, Dagmar E.; PARAÍSO, Marlucy Alves. **Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira Diretoria de Avaliação da Educação Superior Coordenação-Geral de Avaliação de Cursos de Graduação e IES. **Referenciais de acessibilidade na educação superior e a avaliação in loco do sistema nacional de avaliação da educação superior** (SINAES), 2013. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents>. Acesso em: 3 jul. 2023

TOMASEL, Soraia. **“TO BE OR NOT TO BE”**: A produção da docência de Língua Inglesa em documentos legais. 2017. 166 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS, São Leopoldo, 2017.

OLIVEIRA, Ualison Rébula de; RODRIGUEZ, Martius Vicente Rodriguez y. Gestão da diversidade: além de responsabilidade social, uma estratégia competitiva. *In*: ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 24., 2004. **Anais [...]**. Florianópolis: Abepro, 2004. p. 3833-3840.

SANSONE, Ruan Carlos. **‘BIXINHA. EU NEM SABIA O QUE ERA ISSO ATÉ ENTENDER QUE ELES ESTAVAM TENTANDO ME OFENDER’**: narrativas de pessoas LGBT sobre a escola. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2020.

SALES, Ricardo. Diversidade e inclusão: e suas dimensões. São Paulo: Literare Books, 2022.

UNISINOS. Avaliação por competências: uma abordagem para a prática pedagógica universitária na Unisinos. São Leopoldo, 2008.

Freud explica? O que a supervisão em psicanálise faz na Clínica Ampliada do PAAS? Permanências e desistências, o que o inconsciente tem para nos dizer?

Bruna Oliveira Scheffel¹
Gabriela Dionisio Ffner²
Michele Scheffel Schneider³
Natália Fagundes⁴
Rosana Cecchini de Castro⁵

Resumo: A clínica ampliada, uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde, quando sustentada, entre outros, pelo referencial psicanalítico, ao permitir uma escuta ao inconsciente, tem lugar e eficácia singulares. Baseado nesta premissa, o PAAS – Programa de Atenção Ampliada à Saúde,

-
- 1 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 2 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 3 Psicóloga, Professora e Supervisora Acadêmica dos Estágios Básico e Profissional do Curso de Psicologia Unisinos. Supervisora local do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde. Psicanalista pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre – CEPdePA. Mestre em Psicologia Clínica e Especialista em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes, pela Unisinos/RS. Atuo em Consultório Particular. E-mail: mischeffel@unisinos.br; michelescheffel@gmail.com.
 - 4 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 5 Psicóloga, Professora e Supervisora Acadêmica dos Estágios Básico e Profissional do Curso de Psicologia Unisinos. Coordenadora e Supervisora local do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde. Psicanalista pelo Círculo Psicanalítico do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia da Saúde e da Família, Deusto /ES. Atuo em Clínica Particular. E-mail: cecchini@unisinos.br; cecchini.rosana@gmail.com.

através deste artigo, busca discutir a situação de usuários que têm procurado o serviço ou a ele têm sido enviados, com diferentes queixas ou indicações, mas que, ao serem acolhidos e recebendo indicação de tratamento, não se mantêm ou, permanecem no serviço um escasso período. A abordagem do tema visa enfocar desde a postura adotada pelo serviço, que na rede do município possui lugar peculiar “dentro-fora da rede”, e que, muitas vezes, assume um papel assistencialista com relação a manutenção do tratamento dos pacientes, bem como da perspectiva dos psicoterapeutas, estagiários do estágio profissional em psicologia, que se veem na busca da compreensão de sua prática, diante do sentido dessa não permanência. Com o intuito de nos aproximarmos da compreensão dos acontecimentos e melhorias na postura do serviço e das práticas realizadas, assume lugar essencial a teoria estudada, os processos de análise pessoal e a supervisão.

Palavras-chave: Clínica Ampliada. Psicanálise. Permanência. Desistência. Serviço-Escola.

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde e, de acordo com Sundfeld (2010) consiste na articulação e no diálogo de diferentes saberes na busca da compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009). Nesse contexto, a clínica existe em interface com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento:

...a clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois Sujeitos singulares. Um profissional e um “doente”, uma equipe e um “doente”, uma equipe e um Sujeito coletivo (uma família ou uma comunidade, etc.). Neste modelo de análise entendemos a clínica com uma dimensão política e subjetiva muito forte (CUNHA, 2005, p. 46).

O PAAS, Programa Ampliado de Atenção à Saúde, serviço-escola interdisciplinar na área da saúde, da Unisinos, integra alunos-estagiários, técnicos e professores-supervisores dos cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia, sendo campo de estágio curricular para estas áreas (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015a). Tem como

objetivo a promoção e o desenvolvimento de práticas em saúde para a população vulnerável e de risco social de São Leopoldo-RS, oferecendo atendimento à comunidade (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015b).

A parceria com os serviços de saúde de São Leopoldo também faz parte do trabalho do PAAS (CASTRO *et al.*, 2018) e tem produzido um processo de construção de conhecimentos e de qualificação, por meio dos encontros estabelecidos entre alunos, trabalhadores, professores e usuários. A proposta de estágio do PAAS está alinhada com a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, na busca pela integralidade quando diversos alunos de diferentes cursos realizam juntos as ações de cuidado dos usuários, orientados por professores de áreas profissionais diversas, independentemente da formação de origem do aluno.

Em 2011, ao completar quinze anos, Castro e Rivero (2016) mencionam que a clínica ampliada surge como questão para o PAAS, uma vez que ser apenas um serviço de natureza ambulatorial, como identificado em 2004, não contemplava as necessidades formativas dos cursos de graduação, nem tampouco as demandas da população que chegava em busca de cuidado em saúde. Com o tempo e com o surgimento de novas necessidades, assumem-se no serviço, **conceitos transversais: rede, acolhimento, interdisciplinaridade, grupalidade e clínica ampliada**, que se colocam como princípios tanto para o atendimento à população, quanto para formação profissional. A relação com o campo da saúde coletiva, atenção para equilibrar as experiências e conhecimentos da equipe de técnicos, professores e estagiários em relação a estes conceitos, que também são ferramentas teóricas⁶ (FOUCAULT, 1996) torna-se presente. Já existiam **estratégias** consolidadas do PAAS como as supervisões disciplinares e interdisciplinares, sendo instaurada a **formação continuada**. Práticas estas que também passaram a ser consideradas estratégias e que se desdobram nas **ações** do serviço, que já estavam sendo realizadas e poderiam vir a desenvolver-se⁷ (CASTRO; RIVERO, 2016).

6 Esta concepção propõe uma concepção da teoria como uma ferramenta que opera na realidade e portanto, é uma prática, não uma re(a)presentação da ação.

7 Vivências na rede; grupos de violência doméstica; visitas domiciliares; interconsultas; monitoramento e avaliação; microrrede; estudos de caso; casos de referência; acolhimento individual, grupos terapêuticos; atendimentos individuais; acolhimento institucional; perícias, grupos de promoção à saúde; grupos de sala de espera, oficinas; produções escritas, mediações, assessorias; acolhimento e recepção

O estágio curricular profissional na área da psicologia, de acordo com o Projeto Político Pedagógico do Curso (UNISINOS, 2018), é uma atividade acadêmica obrigatória única, que possibilita ao aluno ocupar um espaço de experimentação escolhido por ele, ao longo de três semestres letivos consecutivos, em geral os três últimos semestres do curso, tendo também como proposta a comunicação com as demais disciplinas, em torno da temática “*intervenções em diferentes contextos*”.

A práxis da clínica ampliada, no PAAS, tendo em conta o referencial psicanalítico, experimenta, em seu cotidiano, um lugar e aplicabilidade singulares, o que corrobora com as ideias de Martins (2018), uma vez que possibilita uma escuta ao inconsciente, diferente de outros discursos que visam, por exemplo, a medicação e a orientação. Os pacientes, a partir da intervenção desta perspectiva, podem recobrir o real de seu mal-estar, contribuindo para a desalienação de seu “rótulo de doente”. Rótulo este que é mantido e reforçado por meio da medicação apressada, além de sua manutenção contribuir para o domínio médico sobre o saber, fazendo com que o sujeito perca sua autonomia, visando uma normatização dos afetos e das variadas condições de sofrimento (MARTINS, 2018, p. 1).

Clínica ampliada, psicanálise e supervisão

Castro e Schneider (2023) refletem que Freud (1919[1918]) já apontava o quanto o ensino da psicanálise não precisava restringir-se às instituições psicanalíticas, indicando diversas contribuições do pensamento psicanalítico para a educação médica (na época), entre elas “no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais” (p. 187). Conforme as autoras, desde então, muito se evoluiu e, atualmente, várias formas de transmissão da psicanálise estão vinculadas às universidades, especialmente no campo da Psicologia. Conforme Marcos (2012), o psicanalista está colocado em muitos âmbitos para além do consultório privado, por meio de aperfeiçoamentos, especializações e a constatação de que o ensino da psicanálise e a iniciação à sua prática faz parte da formação curricular do aluno de gradua-

de usuários; acolhimento e recepção de estagiários, seminários teóricos; seminários do PAAS, produção de artigos, produção de pesquisas; reuniões gerais; reuniões de equipe; reuniões de estagiários; interface com atividades acadêmicas de graduação interface com atividade de pós-graduação lato e stricto sensu.

ção de psicologia, considerando a importância de pensar e conhecer como acontece a psicanálise, ou o lugar da prática clínica psicanalítica no ambulatório universitário.

Carvalho (2006) põe em destaque as dimensões técnica e ética em psicanálise. Oliveira e Neves (2013) complementam ao referir que a formação do analista ocorre no âmbito da ética do inconsciente e da construção de um saber, e não da técnica do conhecimento. A partir da releitura dos artigos de Freud sobre a técnica, Lacan (1966/1998a *apud* OLIVEIRA; NEVES, 2013) aponta que o sujeito é a matéria única do trabalho analítico, significando que, na formação de um analista, o que está em jogo não é a aquisição de competências técnicas que impliquem um saber sobre o sujeito, mas tratar cada caso como sendo único.

A supervisão é lugar de aprendizagem, suporte e amparo para os estagiários. No PAAS a supervisão dos atendimentos individuais acontece em grupo, permitindo que seja construída uma perspectiva coletiva da experiência, sendo um espaço para receios, medos, fantasias, percepções e dúvidas frente aos casos atendidos. É um ambiente que proporciona ancoragem teórica por meio das leituras propostas, estudos de caso e dialogadas, dando maior segurança nos atendimentos e nas demais atividades desenvolvidas. Dessa forma, Schlesinger (1981 *apud* ZASLAVSKY; NUNES; EIZIRIK, 2003) escreve que na supervisão também se objetiva que o estagiário perceba suas próprias dificuldades e potencialidades, buscando o aperfeiçoamento da autocritica e, consequentemente, um melhor processo formativo.

Lopes e Castro (2018) indicam que no PAAS, a prática supervisionada da clínica individual, ocorre em grupos (constituídos separadamente, de acordo com a perspectiva teórica: cognitivo-comportamental, analítico-institucional e psicanálise) e o coletivo formado integra, simultaneamente, alunos de primeiro, segundo e terceiro semestres do estágio. A cada novo semestre, ingressam aproximadamente três novos estagiários em cada grupo de supervisão, unindo-se aos colegas integrantes de semestres mais avançados no estágio. O coletivo oportuniza também que os estagiários (as) num processo grupal possam se permitir um olhar e uma supervisão mais amplas sobre cada caso, aprendendo com a fala, a experiência, a postura e a vivência da transferência de todos envolvidos. De acordo com Figueiredo e Coelho Júnior (2000), precisamos pensar na supervisão como um olhar de reserva capaz de libertar o analista de um campo de concentração totalitário.

O encontro grupal, que por si só é capaz de gerar novas indagações, novos conhecimentos, e uma série de constantes novas habilidades, que servirão como um respaldo que poderá ser inventado e reinventado ao longo de nossa prática profissional (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015b, p. 48).

As demais ações em que os estagiários se inserem, integram componentes de diferentes cursos e, no caso da psicologia, de diferentes abordagens teóricas, contando sempre com um ou dois técnicos-professores-supervisores.

De acordo com Voltolini (2020) em 2019, o texto de Freud *Linhas de progresso na terapia analítica* (1919/1996) completou cem anos. Um texto de grande importância, na medida em que Freud se pergunta ***o que a psicanálise será?*** Freud, neste texto especial e mesmo *sui generis*, coloca a questão do alcance social da terapia analítica. E, neste sentido, emerge sua preocupação, com a extensão do sofrimento psíquico no mundo e os limites do tratamento analítico nos consultórios. Freud, segue Voltolini (2020), reconhece que há muitos mais neuróticos do que analistas para cuidar deles e identifica as dificuldades de acessibilidade à análise, pois nas condições do tratamento padrão, a psicanálise não é, nem nunca será um tratamento de massa. Para atenuar o sofrimento psíquico, ele propõe um caminho tortuoso, dispendioso, difícil de compreender para muitos, uma aventura com destino incerto, sendo que outras ofertas são mais tentadoras, mesmo até mais eficazes dentro de uma perspectiva pragmática, geralmente aquela subsidiada pelo Estado. Assim, Voltolini (2020) aponta:

Se o reconhecimento de sua clínica não tende a ser universal, a validade de suas explicações o é, pelo menos para Freud como para todos os que seguiram o curso aberto por sua teorização. Curiosa e importante observação, com consequências sobre a reflexão freudiana sobre o futuro da psicanálise: será na força e na universalidade da teoria, mais do que na eficiência da clínica, que a psicanálise se assentará no futuro. Não que esse futuro eliminará a clínica analítica, mas as “novas condições” (FREUD, 1919/1996, p. 181) – termo que Freud alude sem deixar muito claro do que se trata – a obrigarão a se reinventar sem abandonar o rigor de sua teoria (VOLTOLINI, 2020, p. 190).

A clínica ampliada, sustentada pela psicanálise, reflete a partir de Martins (2018) sobre a medicação apressada que contribui para o domínio médico sobre o saber, fazendo com que o sujeito perca sua autonomia, visando uma normatização dos afetos e das variadas condições de sofrimento.

Banalizar a prescrição de psicofármacos é um erro, já que retira do ser humano a habilidade e a possibilidade de sofrer, de vivenciar a compreender a sua dor. A expressão da subjetividade garante ao sujeito uma possível saída do “mal-estar”, que é gerado pela enorme tentativa de normatização dos modos de subjetivação. É necessário a priorização do movimento do sujeito. A química impõe um “silêncio pulsional”, o que já prejudicaria um bom atendimento psicanalítico. Dessa forma, a criatividade inerente aos processos de subjetivação, como simbolização das condições de mal-estar, mostra-se imprescindível para a obtenção de uma mente saudável (MARTINS, 2018, s/p).

Conforme trazem Amorim, Andrade e Branco (2015) a clínica ampliada se sustenta em um trabalho vivo, em que os profissionais podem ir além da prescrição, exame e medicação. “A clínica ampliada [...] entende que as pessoas não se limitam às expressões sintomatológicas, visto que são influenciadas pela história social, cultural e psíquica” (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015, p. 147). Ainda segundo os autores, busca-se um pacto entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde, visando a participação e autonomia daquele que está em sofrimento, indo ao encontro dos princípios do SUS.

A proposta da Clínica Ampliada, a partir de Bedrikow e Campos (2003) e de Cunha (2005) visa constituir uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e conhecimentos profissionais, ainda que, em alguns momentos e em situações específicas, um tema ou uma escolha possam ser predominantes ou emergenciais. A ampliação da clínica não deixa de reconhecer e utilizar o potencial dos saberes individuais dos profissionais, mas que estes enxerguem e atuem na clínica para além das visões fragmentadas. Existe o desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Abreu e Guedes (2019), salientam que a identificação da complexidade do atendimento e do diagnóstico pode significar o reconhe-

cimento da necessidade de compartilhar as responsabilidades de problemas e propostas de solução. O compartilhamento não está relacionado apenas às decisões multiprofissionais, ele vai além, uma vez que também integra ações de serviços de saúde, intersetorial e o respeito às decisões e particularidades dos usuários. Fazer algo de forma compartilhada é muito mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009).

Cuidados em excesso: algumas reflexões sobre o PAAS a partir da nossa experiência

Ser uma “mãe suficientemente boa” é um desafio muito grande para uma mãe/responsável ou, quiçá, para uma instituição, pois implica dar suporte e cuidado a quem está em desenvolvimento, mas também necessita “falhar” e dar condições para o sujeito se experimentar em sua autonomia (WINNICOTT, 1999 [1988]). Isso funciona relativamente bem com os estagiários, no entanto, nota-se que o PAAS falha na *missão de falhar* em outras instâncias. O PAAS, para além de um serviço-escola, é continência a uma rede que transborda os seus excessos. Portanto, não basta lidar com a sustentação do processo formativo de estagiários, mas também com as falhas de uma rede intersetorial (FFNER, 2023).

Como se sabe, o PAAS não faz parte da rede de São Leopoldo, não oficialmente ao menos: ora está dentro, ora está fora, quase um sem-lugar. É possível observar esse movimento especialmente nas diferentes ações e os modos como o PAAS ganha lugares – ou não – de acordo com a conveniência para os serviços ou até por conveniência própria. De algum modo, os princípios do SUS sustentam a prática no PAAS – que entende a saúde de forma ampliada, humanizadora e comprometida aos modos de existência comunitários –, mas não são suficientes para chamá-lo ao clube. Nesse contexto, a depender da ação que o PAAS oferta, o serviço pode ser visto como bom ou mau – ora seio bom, ora seio mau, para usar nomenclaturas psicanalíticas (KLEIN, 2006 [1946]; FFNER, 2023).

A ação Avaliação Psicológica é a menina dos olhos da rede, até do PAAS, quem sabe. É um trabalho que não se consegue de forma quase-gratuita e com qualidade na rede – logo, é muito útil para o município, porque é uma ação que lida com o que a rede não tem como ferramenta. Da mesma forma, a ação Escuta de Mulheres foi constituí-

da para contribuir com falhas na rede, especificamente relacionadas ao acolhimento de mulheres durante as audiências na Vara da Violência Doméstica do Foro de São Leopoldo, que não vinham acessando o serviço municipal destinado a elas (FFNER, 2023).

O PAAS necessita de pessoas-estagiários para atuar nas ações e de pessoas-usuários que participem das ações propostas. O que parece, às vezes, é que se é refém, de certa forma, de uma rede de excessos: um serviço-escola que não só dá suporte à rede e existe por si mesmo, mas tenta fazer o que ela não consegue fazer. Um PAAS como salva-vidas. O que produz questão é a preocupação exacerbada de gerir esses cuidados e sempre tentar dar um *jeitinho* de acolher o que aparece. Isso também atravessa os estagiários que, talvez, em nome de seu próprio processo formativo, correm atrás de seus pacientes e desejam mais os atendimentos do que os próprios sujeitos que buscam o serviço. O PAAS acaba se responsabilizando não somente por demandas complexas, mas também se responsabiliza e tenta acolher o que aparece: corre atrás, faz busca ativa, chama, articula os serviços, se doa para além. Nos vemos fazendo isso pelos nossos pacientes e por pacientes a vir-a-ser, vemos nossos colegas fazendo isso pelos deles, vemos em ações em que participamos e vemos até técnicos-supervisores nesse movimento (FFNER, 2023).

Às vezes, em nossas dificuldades de *deixar ir* por uma busca de aprendizagem, paradoxalmente, se perde muito do processo formativo para o estagiário, pois há uma estagnação de semanas ao tolerar ausências dos sujeitos que são “protegidos/assistidos” pelo PAAS – mas sem as suas presenças. Contudo, o *tic-tac* do estagiário não para. A tentativa de manter um PAAS-salvacionista e paternalista, que vê a importância para o sujeito em participar de determinada ação dadas as suas condições, de não querer “abandoná-lo”, por vezes envaidecido por conseguir dar conta do que outros serviços não conseguem, pode aproximar o trabalho do PAAS a uma lógica de assistencialismo, ou seja: “a entrega de um serviço por meio da doação, boa vontade, caridade ou favor, onde o trabalho é realizado muitas vezes sem o devido respeito à singularidade do sujeito” (SILVA; QUADROS; FLACH, 2019). Quando esse sujeito é escutado pelo viés da Psicanálise, trata-se também de atentar à distinção entre um pedido consciente de auxílio e o desejo inconsciente por trás da busca pelo atendimento, o que não é simples na prática, muito menos fora da relação que se estabelece na

transferência (BALDISSERA, 2018). Questiona-se, assim, onde fica a produção de autonomia e o desejo do sujeito em meio a isso tudo, uma vez que essa é uma lógica que também reforça a dependência do usuário ao serviço (FFNER, 2023).

Algumas estratégias já estão sendo repensadas no PAAS, especialmente envolvendo o Acolhimento Permanente e o sistema de faltas no serviço. No entanto, pensamos que talvez seja válido refazer sempre uma análise de implicação sobre o PAAS e (re)pensar frequentemente nos espaços coletivos, como supervisões e reuniões gerais, o(s) lugar(es) que o PAAS ocupa na rede e como se define enquanto seu próprio modo de ser. Delinear a sua finalidade e seus princípios enquanto serviço-escola, para colocar-se em análise: o P de PAAS é da Psicologia? Nosso carro-chefe para a rede e comunidade se estabelece em grande parte por atendimentos individuais tradicionais? O que se está buscando quando o serviço se doa em determinados casos? São questões a serem refletidas, sem a necessidade de respostas prontas, mas que podem ampliar ainda mais as potencialidades do PAAS enquanto serviço-escola e enquanto lugar de clínica ampliada (FFNER, 2023).

Ao longo da nossa jornada realizando o estágio profissional no serviço, temos nos deparado com a constante frustração da realidade de pacientes que chegam ao fim do acolhimento ou ao início dos atendimentos de psicoterapia individual e abandonam o tratamento. Pensando sobre esse fenômeno que tem nos acometido em nosso espaço de supervisão local pelo viés da Psicanálise, temos buscado traçar linhas para nos apropriarmos da compreensão dessa situação. Enquanto estagiárias, temos experienciado e compartilhado da inevitável frustração que se coloca em cada paciente que vemos sair pelas portas do serviço. Levando em conta que todas as práticas de saúde são pensadas de forma a serem campo de pesquisa e de aprendizagem para os alunos (BRESSAN; ARNHOLD; RUSCHEL, 2016), temos encarado tais acontecimentos como material de discussão e reflexão, a fim de aprimorarmos as nossas escutas e nos desenvolvermos enquanto psicólogos em formação.

Em nossas trocas, temos reconhecido que alguns casos que chegam até nós, seja somente até ao acolhimento ou até a psicoterapia individual, não se trata de pacientes para o serviço. Temos entendido que são pessoas que não possuem demanda para tratamento, sendo suas questões comumente humanas, como estar passando por um pe-

ríodo de luto ou uma criança com dificuldades escolares que, por mais que poderiam se beneficiar de um olhar e/ou de uma escuta especializada, são casos que chegam ao serviço, como reflete Ceccarelli (2017) de forma patologizada e terceirizada, sem desejo para tratamento. Por mais que, no acolhimento, apareçam questões de sofrimento trazidas pelos sujeitos que buscam o serviço e por mais que nos pareçam casos indicados para tratamento, não localizamos uma demanda para atendimento. Temos constatado que, na maioria das vezes acabamos acolhendo sujeitos sem uma motivação legítima e autoral para o seu possível e “desejado” tratamento psicológico, esses muitas vezes se tornam casos de não adesão e, conseqüentemente, de abandono do tratamento.

Além desses casos com frágeis demandas, nos deparamos também com casos de pacientes com demandas para além do que o serviço pode dar conta. Nos últimos tempos, têm chegado ao acolhimento casos de maior complexidade, os quais seriam melhor atendidos em serviços de saúde especializados, como casos com risco de suicídio ou de abuso de álcool e drogas. Para esses, buscamos uma articulação com os serviços da rede pública do município, tais como os CAPS, para que esses pacientes não fiquem desatendidos. Porém, por reconhecermos as falhas da máquina pública, por vezes acabamos atendendo pacientes que requerem maior atenção e disponibilidade do serviço de referência do que conseguimos arcar com, tentando atender uma demanda sufoicante em moldes caritativos, nos colocando em um lugar de “braço esquerdo do Estado” que vai contra a ética analítica das nossas práticas clínicas (MARINO; COARACY; OLIVEIRA, 2018). Assim, ao abarcarmos casos que são para além das nossas limitações, além de operarmos por uma lógica de preenchimento de lacunas da rede pública, essas também acabam novamente sendo algumas situações de não adesão e abandono do tratamento.

Para além dos casos que compreendemos que não são para o serviço, também há aqueles que são, mas tampouco permanecem para o tratamento, nos deixando ainda mais intrigadas. As razões para cada paciente não permanecer são singulares, mas temos percebido uma comum não implicação com os seus processos. Chegam até nós, por exemplo, pacientes que parecem não se haver com suas próprias questões, que parecem estar completamente armados em suas defesas e, frente a qualquer possibilidade de fissura nessa estrutura, fogem. De acordo com Freud (1914), quando o paciente não recorda e reprime,

ele reproduz o que foi reprimido não pela via da palavra, mas como ação, repetindo e atuando, sem saber que repete e atua. Podemos pensar, nesse sentido, o quanto esses abandonos do tratamento podem ser uma repetição de abandonos que se repetem em formato de resistência ao próprio tratamento.

Frente a esses casos, temos procurado lidar com a nossa frustração entendendo-a como parte da nossa experiência de estágio. Sendo o PAAS um espaço que consideramos seguro, que favorece e prioriza o nosso aprendizado, ao mesmo tempo que se mantém sensível a realidade do público que busca por ajuda, como é sinalizado como fundamento do serviço pelas autoras Bressan, Arnhold e Ruschel (2016), temos tido liberdade para refletir e colocar os nossos sentimentos e indagações frente a essa realidade que se coloca. Temos percebido que sejam quais forem os casos, esses têm refletido um desejo maior dos estagiários e da equipe técnica em mantê-los no serviço do que o desejo dos próprios pacientes no tratamento. Aqui, ao falarmos em desejo, é importante diferenciarmos que entendemos que o paciente que busca por ajuda está declaradamente demandando por algo, mas não necessariamente deseja o tratamento. Nesse viés, a não adesão e o abandono revelam a lógica ambivalente do sujeito dividido, que, ao mesmo tempo, deseja e demanda coisas diferentes (FREITAS, 2018). Nesse sentido, quando falamos sobre o desejo desses pacientes, não estamos falando de suas vontades nem do fato de legitimarmos sua real necessidade de amparo, mas do desejo de seguir e aderir a um tratamento de psicoterapia individual.

Por mais que seja válido e interessante para o nosso trabalho procurarmos compreender de onde vem esses abandonos, não podemos deixar de nos haver com as nossas próprias questões em relação a estes. Com isso, temos reconhecido em nós o enorme desejo pela chegada e, especialmente, pela permanência dos pacientes em nossos atendimentos, o que é compreensível, tendo em vista todo o significado e importância do estágio profissional para nós, estudantes. Todavia, acreditamos que também podemos estar sendo movidas pelo desejo de sujeito, que atravessa a nossa própria condição de sujeito e faz com que não operemos a partir do desejo do analista (MAURANO, 2006). Tomando os nossos desejos em detrimento do desejo do próprio paciente, que é inclusive a não permanência no tratamento, estamos desejando pelo e para o analisando, como colocado por Castro

e Ferrari (2013), em relação ao seminário, livro 6, de Lacan. Ou seja, o que os autores nos trazem é que nunca devemos desejar nada para o analisando, pois isso configura impormos aos nossos pacientes nossas próprias concepções, como de cura, civilizabilidade ou normalidade subjetiva (CASTRO; FERRARI, 2013). Portanto, é preciso encararmos tais abandonos do tratamento não com pesar e luto, mas de forma a pensarmos e repensarmos os nossos próprios desejos, já que a frustração desses tem sido de grande inquietação.

Seguindo as nossas reflexões pelas contribuições de Lacan, ele traz que o analista somente cria a demanda, mas não a responde, já que quem precisa fazer isso para o andamento do tratamento é o próprio paciente (SANTORO, 2006). Tomando essa concepção para as nossas práticas clínicas no serviço, é inquestionável o quanto tais abandonos do tratamento são inevitáveis e a permanência dos pacientes no serviço deve ser da ordem do seu próprio desejo, e, como abordado acima, não do nosso desejo de sujeito. Porém, para nos havermos com o que é nosso e com o que é do outro, por mais que ainda estejamos na nossa trajetória de formação acadêmica, outro elemento tem se colocado como essencial para lidarmos com os nossos desejos e frustrações, que é a nossa própria análise individual.

Retomando o conceito mencionado anteriormente, o desejo do analista foi pensado por Lacan ao se deparar em sua experiência clínica que o conceito de transferência, considerado inicialmente por Freud, não é suficiente para explicar o que acontece entre analista e analisando em um processo terapêutico. Como coloca Maurano (2006, p. 34-35): “O desejo do analista é o que o habilita a manejar a transferência para colocá-la a serviço do trabalho analítico, e, portanto, vencer as resistências que tentam obstaculizar o processo”. Ainda, Machado (2008, p. 38) fala sobre o desejo de analista como

um conceito crucial, um conceito lógico, articulável a partir da própria experiência de análise. É preciso ter ido longe o suficiente na própria análise para que este desejo se lhe advenha, mas não necessariamente isso acontece. E é este ‘a mais’ que concerne ao analista: um desejo inédito, um desejo que leva em conta o saber sobre o real.

Dessa maneira, é a partir de um processo de dessubjetivar-se, fruto da análise pessoal, que permite a ele o despertar do analisando.

Com isso, é possível entendermos que é preciso que atuemos e encaremos as nossas práticas não a partir do nosso desejo enquanto sujeitos, mas pela motriz do desejo do analista, que deseja somente a própria análise, e não uma permanência esvaziada desses pacientes.

Seguindo essa linha, tem se mostrado fundamental para os nossos atendimentos no serviço que cheguemos a um certo ponto de luto em nossa própria análise pessoal anterior ao nosso encontro com o analisando para reconhecermos o nosso não saber da individualidade do outro (FALCÃO, [2023?]), tendo em vista que o analisando, no tratamento, dirige-se ao analista como o grande Outro que tem uma verdade sobre ele que ele não possui. Mesmo essa suposição inicial sendo o deslançamento inicial da transferência, é a partir da quebra, com o analista não respondendo a demanda e entregando a sua falta-a-ser, que o inconsciente se atualiza e repete e, então, isso se torna material de análise (MAURANO, 2006). Assim, considerando que o encontro analítico é o encontro de duas faltas e que é a falta que coloca o sujeito a desejar (MACHADO, 2008), se não nos colocamos no tratamento como a falta, e, como colocado anteriormente, desejamos pelos nossos pacientes, estamos fadadas a angústia que vem a ocupar esse lugar, o que podemos entender como a frustração que temos sentido com os abandonos do tratamento.

Complementado a respeito do desejo de analista em articulação com as nossas práticas em atendimentos individuais, Maurano (2006, p. 64) pontua:

O analista, tal como o paciente, não está isento de transferir, a diferença é que se espera que ele, por ter feito o seu próprio percurso de tratamento, esteja melhor preparado para saber de que são tecidas suas relações pessoais, e não venha a misturá-las com as que estão em jogo para o paciente. É para poder servir-se da transferência como instrumento de trabalho, que é pré-condição para a assunção da função de analista, que este deve se submeter ao tratamento psicanalítico. Por mais que os estudos teóricos sejam essenciais para sua formação, eles de nada valerão se o sujeito que pretende ocupar essa função não proceder a um tratamento pessoal, no qual o que Lacan propôs chamar de desejo do analista possa surgir e habilitá-lo, confirmando sua pretensão.

Desse modo, a análise pessoal, em consonância com a teoria e a supervisão, como salienta Freud, a respeito do tripé do analista e

sua primordial importância para a experiência clínica (MACEDO; FALCÃO, 2005), tem se colocado como uma ferramenta fundamental em nossa trajetória. À vista disso, acreditamos que conceitos como o desejo do analista, pensado por Lacan, podem nos ajudar a entender os fenômenos de não adesão e abandono do tratamento colocando em pauta a nossa implicação nesses. Colocadas aqui algumas de nossas reflexões acerca do nosso desassossego, tem sido no espaço de supervisão local que temos pensado sobre nossas frustrações do desejo, a fim de utilizá-las, assim como em um processo de análise, como elementos a favor da nossa formação. Por fim, vale pontuar que não pretendemos com a nossa escrita indicar soluções, mas utilizá-la como equipamento para nos ocuparmos e nos implicarmos com as nossas práticas e com os nossos próprios lutos ao nos deslocarmos do lugar de desejar pelo outro.

Considerações finais

Ao desenvolvermos as atividades do PAAS, a partir das premissas da Clínica Ampliada, nos identificamos com a perspectiva da teoria psicanalítica que oportuniza uma escuta do inconsciente. Diante dos casos que temos recebido, seja por encaminhamentos, busca espontânea ou indicação de serviços e ou profissionais da rede do município, temos nos deparado com sucessivos abandonos de tratamento ou com a pouca permanência dos usuários nas indicações de tratamento que recebem, embora revelem inicialmente evidentes indícios de comprometimento. Na busca de compreensão do que se apresenta, identificamos aspectos que estão ligados ao serviço, que muitas vezes chega a adotar uma postura assistencialista, tentando manter os pacientes ampliando, por exemplo, as próprias combinações e regras do serviço, como estendendo as possibilidades no número de faltas para que o paciente possa permanecer ou mesmo voltar a comparecer. Sobre tais atitudes temos nos indagado, sendo que parecem revelar, muitas vezes, que manter os atendimentos desta forma, ou tem mais a ver com uma “vocação” de que somos um programa que não incorrerá em “falhas”, prestando mais assistencialismo do que saúde àqueles que nos chegam; ou que tentamos dar conta daquilo que a própria rede do município deveria dar, mas que não consegue, provocando, inclusive, que abriguemos situações às quais não possuímos recursos de cuidado suficientes.

Como terapeutas, tantas vezes, vemos o nosso desejo de que o tratamento dos sujeitos aconteça tendo maior intensidade do que o desejo do próprio paciente. Com isso, deixamos para trás a premissa de que podemos desejar apenas tanto e somente o próprio tratamento, mas não por e para os pacientes, o que se desenrola em frustração para nós enquanto estagiários. Assim, destacamos a importância dos processos de análise pessoal nessa trajetória, para além dos estudos teóricos e do espaço de supervisão, para que localizemos e direcionemos tais sentimentos rumo a compreendermos o nosso lugar e a nossa prática enquanto psicoterapeutas. Deixamos como sugestão para estudos futuros sobre os fenômenos de não adesão e abandono do tratamento que se reflita com mais profundidade sobre a articulação e encaminhamento de pacientes por parte da rede, assim como se pense o próprio processo formativo dos estagiários de forma a englobar também as percepções e sentimentos desses em outros espaços de supervisão, a fim de ampliarmos o nosso olhar e compreensão acerca desses fenômenos.

Referências

- ABREU, Elaine Cristina Xavier Ferreira de; GUEDES, Carla Ribeiro. A Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde. **Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica**. Niterói, RJ: UFF / PPG Farmácia, 2019. (Série Boletins).
- AMORIM, Fázia Beatriz Torres; ANDRADE, Andréa Batista de; BRANCO, Paulo Coelho Castelo. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos clínicos**, v. 8, n. 2, p. 141-152, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.
- BALDISSERA, Mateus. Pode o morador de rua desejar? Breves pontuações sobre a psicanálise na Assistência Social. **Psicanálise e Políticas Públicas**, APPOA, v. 282, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- BRESSAN, Sarah Falena Donatti; ARNHOLD, Patrícia; RUSCHEL, Letícia Fialho. O que posso fazer hoje? A construção de um lugar para o profissional da saúde em um serviço- escola. *In*: CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado. **Projeto de Atenção Ampliada à Saúde PAAS: 20 anos de desafios e possibilidades**. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2016. p. 27-36.
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARVALHO, Ana Cecília. O ofício do psicanalista. **Percurso. Revista de Psicanálise**, p. 1, v. 37, p. 17-26, 2006.
- CASTRO, Júlio Eduardo; FERRARI, Ilka Franco. O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, jan./jun. 2013.
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RUSCHEL, Letícia Fialho; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado (orgs.). **Os desafios da prática interdisciplinar em um serviço-escola**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015a. (Série Cadernos PAAS, 1).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado; RUSCHEL, Letícia Fialho (orgs.). **Grupidades em um serviço-escola: multiplicidades de um fazer cotidiano**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015b. (Série Cadernos PAAS, 2).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado (orgs.). **Projeto de atenção ampliada à saúde – PAAS: 20 anos de desafios e possibilidades**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2016. (Série Cadernos PAAS, 3).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado *et al.* (orgs.). **Redes: Construções Coletivas com um serviço-escola**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2018. (Série Cadernos PAAS, 5).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; SCHNEIDER, Michele Scheffel. Serviço-escola: lugar de psicanálise, exercício clínico e supervisão. *In*: ANDRADE, Eduardo Lucas; ROIZMAN, Daniel Hamer (orgs.). **Ousadia na psicanálise: divã, supervisão e o estranho**. Bom Despacho, MG: Literatura em Cena, 2023.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 206 p.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**. n. 33, p. 125-136, 2017.

FALCÃO, Ana Lúcia Bastos. Desejo de analista. **Intersecção Psicanalítica do Brasil**, [2023?]. Disponível em: http://www.intersecaoopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/ALBFalcao/upld%202/albfalcao_desejo_analista_upld_2.pdf. Acesso em: ago. 2023.

FFNER, Gabriela Dionisio. **MÓDULO III: deixando o ninho para trilhar novos caminhos**. Estágio Profissional em Psicologia. Unisinos. São Leopoldo, jun. 2023.

FIGUEIREDO, Luis Carlos; COELHO JÚNIOR, Nelson. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000. 102 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 12. ed. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FREITAS, Camila Colás Sabino de. **Afinal, porque o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas**. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FREUD, Sigmund. **Linhas de progresso na terapia analítica**. (1919). Tradução de Jayme Salomão. Rio Janeiro: Imago, p. 171-181. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

FREUD, Sigmund. **Recordar, repetir e elaborar**. (1914). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).

FREUD, Sigmund. **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades**. (1919[1918]). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-189. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

KLEIN, Melanie. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Originalmente publicado em 1946.

- LOPES, Janaína Da Silva Schmitz; CASTRO, Rosana Cecchini de. De estagiário à psicoterapeuta: sobre a descoberta de um novo lugar. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 141-158, 2018.
- MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, n. 15, p. 65-76, 2005.
- MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. **Reverso**, ano 30, n. 56, p. 35-40, 2008.
- MARCOS, Cristina Moreira. A Supervisão em Psicanálise na Clínica Escola: Breve Relato de uma Pesquisa. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. Xii, n. 3-4, p. 853-872, set./dez. 2012.
- MARTINS, Alan. Clínica ampliada e psicanálise. **Anatomia da palavra**, 17 abr. 2018. Disponível em: <https://anatomiadapalavra.com/2018/04/17/CLINICA-AMPLIADA-E-PSICANALISE/>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- MARINO, Adriana Simões; COARACY, Augusto Ribeiro; OLIVEIRA, Thiago. Uma experiência de Clínica Aberta de Psicanálise. **Lacuna: uma revista de psicanálise**, São Paulo, n. 5, p. 4, 2018. Disponível em: <https://revistalacuna.com/2018/06/04/n05-04/>. Acesso em: 8 ago. 2023.
- MAURANO, Denise. **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- OLIVEIRA, Humberto Moacir de; NEVES, Tiago Iwasawa. Considerações sobre a formação do analista: ética, saber e transmissão. **Cad. Psicanál.- CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 91-110, jan./jun. 2013.
- SANTORO, Vanessa Campos. Clínica psicanalítica e ética. **Reverso** [online], v. 28, n.53, p. 61-66, 2006.
- SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.
- SILVA, Andrei Brendler da; QUADROS, Luana Aline de; FLACH, Flávia. **Assistencialismo no Brasil e seus efeitos subjetivos**. Ijuí: Unijuí, 2019.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS).

Projeto Político Pedagógico (PPP), do Curso de Graduação em Psicologia. São Leopoldo: Unisinos, 2018.

VOLTOLINI, Rinaldo. Estilos da Clínica, revista da infância sem problemas. Editorial. **Clínica ampliada**, v. 25, n. 2, p. 190-192, 2020.

WINNICOTT, Donald W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Originalmente publicado em 1988.

ZASLAVSKY, Jacó; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; EIZIRIK, Cláudio Laks. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, p. 297-309, maio/ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/KgbBg73HctTJWtNymS8DLDK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2023.

Grupo Psicoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial: Lugar de Ser

Artigo de Relato de Experiência

Helena Palavro Basso

Jéssica Prates Ribeiro

Resumo: O presente relato de experiência traz a construção exitosa do grupo psicoterapêutico Trocando Ideias inseridos na realidade de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade da Serra Gaúcha. Considera-se o CAPS como principal dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e fundamental para a legitimação da reforma psiquiátrica iniciada no Brasil na década de 70. O trabalho em grupo é uma das principais formas de cuidado nos CAPS, sendo preferencial ao tratamento individual. A clínica ampliada visa a singularidade e a integralidade dos sujeitos, produzindo saúde e ampliando a autonomia através da construção de vínculos. Nesse sentido, considera-se os grupos como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental promovendo a atenção integral e humanizada. Os grupos constituem um espaço que favorece a autonomia, socialização e expressão.

Palavras-chave: CAPS. Grupo. Psicoterapêutico.

Introdução

Desde que se pronunciou a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988) vem-se lutando constantemente e avançando devagar e sempre na defesa da integralidade, universalidade e equidade da saúde. Confronta-se os retrocessos e busca-se fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas em prol de uma saúde de qualidade, integral e humanizada. A humanização perpassa

por tratar a pessoa, não a doença, valorizando os sujeitos implicados na produção da saúde. A política de humanização traz os valores da clínica ampliada, da autonomia, do protagonismo do sujeito, da corresponsabilidade, do vínculo e da participação coletiva (BRASIL, 2004; 2007). Concomitante ao movimento da Reforma Sanitária que resultou na criação do SUS e garantia constitucional da saúde, a Reforma Psiquiátrica resultou na criação de serviços substitutivos a internação psiquiátrica, reafirmando que todo cidadão tem o direito fundamental à liberdade, vivendo em sociedade e recebendo tratamento adequado. Dentro dessa rede o CAPS é considerado o dispositivo de Saúde Mental estratégico para a efetivação da reforma psiquiátrica – que segue em construção (NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015).

No final da década de 70 iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que propunha uma revisão do modelo hospitalocêntrico de assistência e denunciava violações aos direitos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, sendo historicamente excluídos da sociedade e discriminados. Com o lema “por uma sociedade sem manicômios” o Movimento da Luta Antimanicomial sugere a reorganização do modelo de atenção à Saúde Mental a partir de serviços abertos, territorializados e comunitários, garantindo a cidadania e a manutenção da autonomia de usuários e familiares, inaugurando assim um novo lugar para a loucura dentro da sociedade.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma conquista da Reforma Psiquiátrica, sendo o principal equipamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como diretrizes e objetivos a base comunitária e territorial, a atenção humanizada, a substituição do modelo asilar, o respeito aos direitos humanos, a autonomia e a liberdade das pessoas (BRASIL, 2015). No CAPS é oferecido um espaço de criação de vínculos, de convivência e de fortalecimento de redes de relação dos usuários (CFP, 2013). Sendo serviços de caráter aberto e comunitário, constituído de equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar o CAPS é promotor de vida e de inclusão, tendo como principal objetivo o tratamento e reabilitação psicossocial e promoção de cidadania e dos direitos dos sujeitos, estimulando a autonomia (BRASIL, 2015).

Dentro do contexto de Reforma Psiquiátrica, a clínica ampliada demonstra sua relevância a partir de uma prática que percebe os sujeitos em sua complexidade e integra os diferentes saberes na produção

de cuidado em saúde mental (GRIGOLO; PAPPANI, 2014). O acolhimento e o vínculo fazem parte da clínica ampliada, nesse sentido o trabalho em oficinas e grupos é de grande importância, por valorizar tanto as diversidades quanto as singularidades, ofertando possibilidades aos usuários (FREITAS, 2010). Considerando o sujeito complexo em toda sua integralidade, na promoção da saúde do sujeito e nas estratégias de cuidado está incluso o grupo psicoterapêutico. O grupo trata-se de um dispositivo de cuidado reconhecido como um espaço adequado e acolhedor para a exploração das subjetividades, sentimentos e pensamentos dos sujeitos (BALLENZANI; COUTINHO; CHAVEIRO, 2009). Os grupos têm o objetivo de potencializar as trocas dialógicas e o compartilhamento de experiências, sendo um espaço de debate e de auxílio mútuo. Trata-se de espaços de comunicação e integração onde o sujeito desenvolve suas capacidades de criatividade e expressão, valorizando e respeitando as diversidades. A prática grupal amplia a autonomia e socialização dos sujeitos (BENEVIDES *et. al.*, 2010).

Rogers (1970, p. 5) classifica e nomeia o grupo que pretende “acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através do processo experiencial” como grupo de encontro. São grupos pequenos e não estruturados, onde o próprio grupo escolhe os próprios objetivos e direções.

O grupo serve como um espaço de relação e vínculo, onde as relações e o ambiente são facilitadores de crescimento pessoal. O encontro pode promover um estímulo à Tendência Atualizante, presente em todos os indivíduos, descrita por Rogers (1956) como a capacidade de crescimento e desenvolvimento presente em todos os indivíduos, capaz de trazer reestruturação e reorganização do *self*, onde o sujeito percebe suas possibilidades de vir a ser, com maturidade, responsabilidade e liberdade. Trata-se da tendência latente aos indivíduos para o crescimento e desenvolvimento, que é liberada quando há um clima psicológico e uma relação interpessoal adequados, o desenvolvimento se dá no encontro com o outro. Um clima facilitador se dá quando há consideração pelo outro, uma atmosfera de autenticidade e de interesse compreensivo (ROGERS, 1956). Fonseca (1986) coloca o ser humano como um conjunto de potencialidades com capacidade de autoatualização e realização. Neste sentido a potencialidade é mais importante que a patologia ou as dificuldades que o sujeito apresenta. Assim, os grupos de encontro quebram uma lógica de trabalho onde o facilitador

era programado para fornecer e propor atividades que estimulassem a expressividade dos sujeitos, de forma fragmentada, embora dentro do contexto grupal. Portanto se valoriza a espontaneidade do devir coletivo a partir das particularidades existenciais do grupo e dos seus integrantes, com seus interesses, motivações e o contexto que os cerca. Dessa forma deve ser valorizada a expressividade e experiências dos integrantes, assim como suas necessidades e sentidos que atribuem a partir de suas necessidades e capacidades.

O grupo é um espaço de humanização, onde se trabalha com a proposta da atenção centrada nas pessoas que compõem o mesmo, valorizando suas potencialidades, suas subjetividades, sua autonomia, seu protagonismo e suas experiências. A humanização não é uma técnica, mas um posicionamento de valorização do outro enquanto pessoa em sua integralidade. É uma ética de cuidado, um jeito de ser. O grupo que funciona como uma ferramenta de “maior envolvimento nas relações interpessoais, baseado na compreensão empática, na aceitação e genuíno interesse pela pessoa do outro como tal, seria propiciador do desenvolvimento de todos os envolvidos” (OLIVEIRA; CURY, 2020, p. 11).

Metodologia

O Grupo Psicoterapêutico Trocando Ideias teve seu início em Maio de 2022 e segue em desenvolvimento. A ideia do grupo nasceu de uma necessidade percebida diante da realidade do esvaziamento a ambulatorização CAPS após o período pandêmico, em que muitas práticas grupais deixaram de acontecer, deixando de constituir um espaço de socialização e interação tão necessário e importante aos sujeitos. Aos poucos, estavam sendo retomadas as atividades grupais, entretanto, observou-se que as oficinas realizadas eram todas voltadas ao fazer, à produção de algo ou à uma atividade específica, inexistindo um lugar aberto ao diálogo e a expressão de pensamentos e sentimentos, faltando um lugar de ser. Assim iniciou-se a proposta de criação e desenvolvimento do grupo psicoterapêutico Trocando Ideias.

O grupo Trocando Ideias foi estruturado para ser aberto e contínuo, realizado em encontros semanais com cerca de uma hora de duração. Traz as características de um grupo de encontros, onde são os participantes que constroem o grupo a partir das temáticas que fazem

sentido para o coletivo naquele momento, servindo como um lugar seguro e um espaço acolhedor.

Análise e discussão

Devido à uma característica muito cultural da região, se percebe uma baixa adesão em atividades coletivas voltadas à saúde, principalmente na população em idade produtiva. Também pelo perfil dos participantes do grupo, pessoas que, em geral tinham compromissos com estudos e trabalhos, o grupo, pensado para comportar no máximo dez pessoas por encontro, teve uma participação tímida, de um número menor de pessoas, porém constante. O grupo serviu como espaço de discussão dos mais diversos temas, escolhidos pelos usuários, alguns exemplos foram: qualidade de vida, alimentação saudável, mercado de trabalho, emoções, resolução de conflitos, cuidados em saúde mental, entre outros. A construção e elaboração do grupo mostrou sua relevância como um novo espaço para os usuários onde podem se expressar livremente. No grupo é possível a troca e a reflexão a partir de diferentes pontos de vista. Também demonstra sua importância na clínica ampliada, trabalhando com a integralidade da saúde dos sujeitos e na humanização da atenção, conceitos imprescindíveis ao trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

O grupo constitui-se como um espaço onde os sujeitos podem colocar o que pensam, o que vivem e o que sentem, valorizando as potencialidades e singularidades dos sujeitos, oferecendo um local de fala, mas também um local de escuta e acolhimento. O grupo é construído pelos seus integrantes, sendo imprevisível, mesmo quando há um planejamento. O espaço grupal como dispositivo de ação é pensado de forma a possibilitar um espaço de escuta e acolhimento, entendido como necessário, onde os sujeitos possam se expressar livremente, trazendo em suas narrativas suas histórias singulares, suas angústias, seus pensamentos e emoções. A atividade em grupo tem como objetivo fornecer um espaço de fala e expressão dos sentimentos e subjetividades dos participantes.

Heberle e Oliveira (2016) colocam que a prática grupal possibilita ao participante, além da troca de experiências, a resolução de problemas, a reinserção social e a estimulação da responsabilidade sobre si mesmo e sobre a própria saúde. Os participantes reconhecem o grupo como um

espaço de acolhida, segurança e ajuda, favorecendo a escuta de si, as elaborações, a participação social, o autoconhecimento e a mudança positiva (FURLAN; RIBEIRO, 2011). Nascimento e Galindo (2017) colocam o grupo como um espaço de empoderamento dos sujeitos, possibilitando uma postura crítica e ativa diante da sua realidade. Ressaltam que se constituem como espaços de diálogo, aprendizagem e educação em saúde. Os grupos promovem a construção coletiva e ativa de soluções a partir de mudanças nas compreensões e percepções dos problemas. O grupo possibilita a emergência da singularidade do sujeito no espaço coletivo. Cada pessoa que compõem o grupo traz consigo uma forma de ver o mundo criada a partir dos vínculos e acontecimentos de sua história. Benevides *et. al.* (2010) relatam que, ao ingressarem em um grupo terapêutico, os sujeitos melhoram suas relações sociais, o nível de conhecimento acerca das questões discutidas no grupo, adquirem maior autoconfiança e apoio emocional e melhoram a capacidade de lidar com situações relacionadas a sua saúde mental e sofrimento psíquico.

Fonseca (1986) compara o funcionamento inicial do grupo a uma orquestra, que começa desencontrada e desafinada, mas que vai ganhando ordem artística a partir de sua intensidade, e formando uma sinfonia ordenada, com ritmo próprio. O processo grupal tem um funcionamento frequentemente desconcertante, mas rico, intenso e estimulante. É capaz de estimular a criatividade e fortalecer os sujeitos para o enfrentamento e transformação de suas questões existenciais. O grupo tem uma proposta diferenciada, fugindo das condições institucionais e exercícios de poder, se constituindo de forma descentralizada e com participação espontânea, apresentando as perspectivas dos integrantes. Neste contexto cabe ao coordenador do grupo ocupar o papel de facilitador da comunicação e das expressões dos pensamentos e dos sentimentos dos membros do grupo, observando as dinâmicas das interações (FONSECA, 1986).

Furlan e Ribeiro (2011) apontam a importância de o mediador ter um manejo com flexibilidade, espontaneidade, autenticidade, tolerância e a capacidade de mediar discussões, favorecendo assim o crescimento dos participantes do grupo e valorizando as formas do sujeito estar no mundo. O grupo não diretivo apresenta como angústia o não saber de que maneira se aproveitará o tempo destinado a realização do encontro, já que este aspecto surge das demandas do grupo. A falta de estrutura possibilita uma desinstitucionalização e um espaço de liberdade, mas também gera desconforto, surpresa, ansiedade e irritação quan-

to a falta de estrutura. A estrutura vai se construir a partir da relação entre os membros do grupo, seus sentimentos e atitudes para com os outros e consigo próprios, estabelecendo uma comunicação autêntica com sentimentos e pensamentos reais. Portanto o grupo de encontro tem por objetivo facilitar a expressão, as relações e o autoconhecimento, caracterizando-se como um espaço terapêutico seguro para o crescimento e desenvolvimento de seus membros (ROGERS, 1970).

Ouvir o outro e outros modos de existência, de produção, de afeto, de subjetividade e de experimentar desloca o espaço das angústias, antes vistas como individuais, para o campo do coletivo, valorizando o indivíduo e também o aspecto de ser social próprio do humano (BARROS, 1997). O grupo deve ter um clima psicológico de segurança, onde todos se sintam à vontade para ter liberdade de expressão. A liberdade de expressar sentimentos reais, positivos ou negativos, a confiança no vínculo grupal e a construção da empatia colaboram para o crescimento do sujeito, com maior aceitação do seu ser emotivo, intelectual e físico, de forma global, como ele de fato é, incluindo todas as suas potencialidades de vir a ser (ROGERS, 1970). Além disso, o grupo, como um todo, trabalha dentro dos princípios descritos por Rogers (1956): aceitação incondicional do outro, empatia e congruência, tornando-se um ambiente facilitador e formando uma relação promotora da Tendência Atualizante inerente aos sujeitos.

Conclusão

Quando colocamos em prática a clínica ampliada, passamos a atender a integralidade dos sujeitos, e não mais “fatiar o usuário” (MERHY, 2003) em um atendimento de linha de produção, onde cada trabalhador faz uma parte. O usuário existe em sua totalidade. É necessária a soma dos vários saberes para o fortalecimento da autonomia e protagonismo do usuário, produzindo o cuidado em conjunto com o mesmo. Assim como versou Basaglia, a doença deve ser posta entre parêntesis – se é que compreendemos essa forma de existência como doença – para que se possa olhar para o sujeito que possui uma história (FREITAS, 2010). O grupo constitui-se como um espaço onde os sujeitos podem colocar o que pensam, o que vivem e o que sentem, valorizando as potencialidades e idiosincrasias dos sujeitos, oferecendo um local de fala, mas também um local de escuta e acolhimento.

Referências

- BARROS, R. D. B. Dispositivos em Ação: O Grupo. *In: Lancetti, A. Saúde e Loucura*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BELLENZANI, R; COUTINHO, M. K. A. R. G; CHAVEIRO, M. M. R. S. As Práticas Grupais em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: Sua Relevância e o Risco de Iatrogenias. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO*, 15., 2009, Maceió. **Anais [...]**. Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.
- BENEVIDES, D. S; PINTO, A. G. A; CAVALCANTE, C. M; JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 32, p. 127-138, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sGxSVwVhyjSyhWZXM8txYXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

- FONSECA, A. H. L. O Modelo de Trabalho com Grupos na Abordagem Centrada na Pessoa. *In*: GOBBI, S. L.; MISSEL, S. T. (orgs.). Vocabulário da Abordagem Centrada na Pessoa. Porto Alegre, 1986.
- FREITAS, D. A. CAPS e seus dispositivos: por uma clínica comprometida com o sujeito. 2010. 28 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/02_uma_clinica_comprometida.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.
- FURLAN, V; RIBEIRO, S. F. R. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000100005. Acesso em: 25 set. 2023.
- GRIGOLO, T. M; PAPPIANI, C. Clínica Ampliada: Recursos Terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um Município do Norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 1-26, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68902/41459>. Acesso em: 25 set. 2023.
- HEBERLE, A. Y; OLIVEIRA, L. A. **Grupos terapêuticos em saúde mental**: uma modalidade na prática dos serviços de atenção à saúde mental. Florianópolis: Unoesc, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-ANDR%C3%89IA-YESS-HEBERLE.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.
- MERHY, E. E. **Como fatiar um usuário**: ATOMédico + ATOenfermagem + ATOx + ATOy. Conselhos regionais de saúde MG: jornal unificado, 2003.
- NASCIMENTO, T. M; GALINDO, W. C. M. Grupo Operativo em Centros de Atenção Psicossocial na opinião de psicólogas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 12, n. 2, e1384., abr./jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200013. Acesso em: 25 set. 2023.

- NUNES, V. S.; TORRES, M. A.; ZANOTTI, S. V. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 135-146, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/ecos/article/view/1649>. Acesso em: 25 set. 2023.
- OLIVEIRA, A. E. G; CURY, V. E. A Experiência de Pacientes Assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). **Psicologia em estudo**, v. 25, e44108, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/44108>. Acesso em: 25 set. 2023.
- ROGERS, C. R. (1970) **Grupos de Encontro**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- ROGERS, C. R. (1956). **Tornar-se Pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

A interconsulta como recurso motriz para a clínica ampliada em um núcleo de atenção à saúde da pessoa idosa no município de São Leopoldo/RS

Jeferson Souto Pinheiro¹

Claudia Foti Pontes²

Karina Gomes³

Resumo: Os atendimentos multiprofissionais nos serviços de saúde buscam a integralidade no atendimento aos usuários. Essa assistência, pode se dar por meio das interconsultas, as quais, casos complexos pensados de forma integral a partir do olhar dos diferentes saberes. O envelhecimento da população trouxe consigo diversas demandas para os serviços de saúde em que apenas uma abordagem não é garantia de êxito no cuidado. Nesse sentido, o presente relato busca através da experiência de um núcleo de atenção à saúde da pessoa idosa destacar importância da interconsulta multiprofissional como recurso da clínica ampliada para garantia da integralidade. O NAPI é um serviço especializado, multiprofissional que foi pensado para dar assistência aos idosos pré-vulneráveis e vulneráveis. O serviço busca com a interconsulta inclusão e participação dos diversos atores, avaliando de forma continuada suas ações e papéis dentro do PTS. Para além disso, nessa ação pode-se revisar questões oriundas do acolhimento, buscar informações que não foram trazidas e, reforçar os vínculos. Dentro do

1 Fisioterapeuta do NAPI - Núcleo de Apoio à Pessoa Idosa. E-mail: jeffssa@unisin.br.

2 Psicóloga do NAPI - Núcleo de Apoio à Pessoa Idosa. E-mail: fotipontesclaudia@gmail.com.

3 Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica Unisinos. E-mail: karinagomesg98@gmail.com.

fluxo no serviço, a interconsulta é vista como elo entre o acolhimento e os atendimentos individuais que qualifica a escuta, as ações e a linha de cuidado desse idoso acolhido.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Interconsulta. Clínica ampliada.

Introdução

A saúde pública no Brasil é organizada através do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse Sistema é um dos mais completos sistemas de saúde pública do mundo, já que abrange desde atendimento mais simples, como aferição da pressão arterial sistêmica, até cirurgias mais complexas. O SUS garante o acesso integral, universal e gratuito à toda população brasileira. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2023).

Os atendimentos multiprofissionais são uma das formas do SUS de garantir a atenção integral aos usuários. Esse modelo de atendimento ocorre por meio das equipes multiprofissionais. Essas equipes se caracterizam por serem formadas por profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente. Dessa forma, considera-se o trabalho em equipe multiprofissional uma modalidade de trabalho coletivo, no qual há múltiplas intervenções técnicas e interação de agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Os atendimentos multiprofissionais podem se dar por meio das interconsultas, as quais permitem que casos complexos sejam discutidos de forma integral e compartilhados, pois envolve diferentes saberes profissionais. Esse tipo de atendimento permite uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, sendo considerada uma atividade interprofissional e interdisciplinar em intervenção conjunta, bem como possibilita uma maior assistência à equipe de referência, por meio da discussão de casos entre diversos saberes e disciplinas (MAIA, *et al.*, 2017).

Um dos principais problemas dos sistemas de atenção em saúde é a incongruência entre a situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e as questões que envolvem uma resposta social para um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Uma das possibi-

lidades para solução dessas questões são as Redes de Atenção em Saúde que são compostas por três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2019).

Estima-se que no Brasil há cerca de 29,374 milhões de pessoas consideradas idosas, representando 14,3% da população total do país. Para a legislação brasileira, a pessoa idosa é aquela que possui sessenta anos ou mais de idade. No que tange às questões de saúde, esses indivíduos são caracterizados por forte predomínio das condições de doenças crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, o envelhecimento populacional coloca os serviços de saúde mais uma vez nesse dilema: buscar uma assistência de forma integral frente às questões que surgem com uma população que a cada década aumenta a sua expectativa de vida e, a organização de uma RAS que consiga suprir essas demandas pensando na integralidade e buscando um olhar ampliado com foco na promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2019).

Os processos de transição demográfica e epidemiológica ocorreram de forma dinâmica e progressiva em todo o mundo e, no Brasil, não foi diferente. A questão trazida com essa nova configuração do perfil populacional é como os diversos setores enfrentarão as velhas e novas demandas populacionais. Nesse sentido podemos pensar na questão central nesse processo: como mapear, avaliar, elaborar ações e dar assistência a essa parcela da população?

Uma das formas de planejar o cuidado da pessoa idosa é a partir da classificação de acordo com a sua capacidade funcional e com os cuidados de que necessita. Esses critérios podem ser identificados nas avaliações propostas na Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, que foi estruturada pelo Ministério da Saúde (MS) para ser um instrumento estratégico de acompanhamento longitudinal. A partir dessa avaliação deve ser pensado um plano de cuidado, coordenado e integrado em curto, médio e longo prazo. O sucesso do plano de ação depende do envolvimento do usuário, dos familiares e da equipe de saúde (BRASIL, 2023).

Nos serviços de saúde existe uma possibilidade norteadora do pensar que pode ser um ponto de partida para se pensar em uma estratégia central no cuidado à saúde da pessoa idosa: a avaliação multidimensional do idoso. A avaliação multidimensional do idoso busca

descortinar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento e, portanto, não abordados de forma adequada. É um processo global que considera um olhar amplo e que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados (MORAES, 2012).

Nesse sentido, é importante encontrar recursos dentro dessa avaliação multidimensional e que seja de fácil acesso aos serviços para que consigam olhar de forma ampla para as questões biopsicossociais do idoso. O pensar considerando a clínica ampliada e, dentro desta, a ferramenta da interconsulta são possibilidades dentro dessa avaliação multidimensional na saúde do idoso que podem ser “recrutados” na assistência desses usuários visando garantir a integralidade no cuidado dessa população que cresce cada vez mais.

Considerando o exposto acima, o objetivo deste relato de experiência é destacar a importância da interconsulta multiprofissional na integralidade da saúde da pessoa idosa utilizando este recurso com a finalidade de se construir uma clínica ampliada, e, consequentemente, prestar uma assistência integral para a saúde desses usuários.

Um núcleo que nasce com um olhar ampliado para a saúde do idoso

O NAPI - Núcleo de Atenção à Pessoa Idosa do município de São Leopoldo/RS é um serviço que integra a atenção da rede de saúde (RAS) especializada do município e está localizado no Centro Municipal do Idoso Adão Brito. Iniciado em novembro de 2022, o NAPI foi pensado para prestar a assistência aos idosos pré-vulneráveis e vulneráveis que, de alguma forma, não conseguiam por algum motivo acessar alguns serviços da atenção especializada e ter uma linha de cuidado integral na assistência à sua saúde.

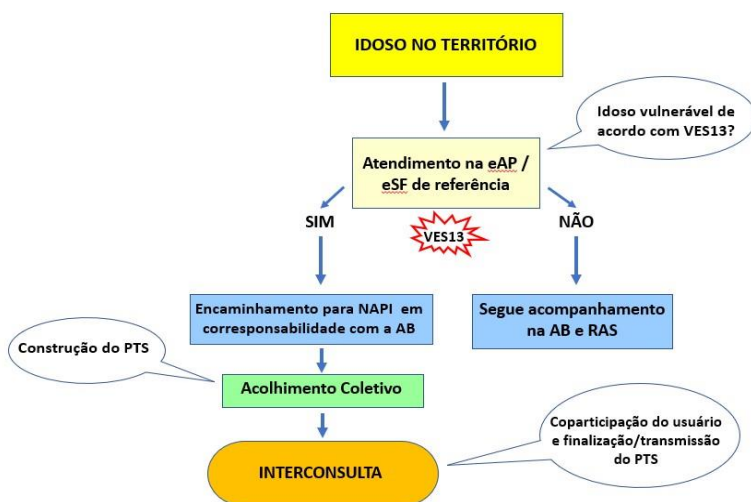
Composto por uma equipe multiprofissional e tendo no ensino-serviço um dos seus pilares essenciais na assistência aos usuários, o núcleo, busca nesse olhar interprofissional construir um Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, diante das principais questões trazidas em seu acolhimento. Essa equipe é constituída através dos núcleos da nutrição, enfermagem, psicologia, medicina (especialidade da geriatria), fisioterapia, serviço social, farmácia e direito.

Pensando nessa lógica, o NAPI acolhe os usuários encaminhados através da APS - Atenção Primária em Saúde, avaliados pelos responsáveis técnicos das equipes de eAP ou eSF (médicos ou enfermeiros) de seus territórios através do protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES 13). Diante dos critérios de acordo com a pontuação do VES 13 e possuindo uma demanda assistencial de dois ou mais núcleos profissionais, o idoso é encaminhado para o acolhimento coletivo do serviço.

No acolhimento coletivo, este idoso e/ou seu cuidador são escutados em suas principais demandas/queixas que lhes trazem ao serviço e, indagados, através de algumas questões com base em um roteiro pré-estabelecido pela equipe referente aos aspectos biopsicossociais que cercam este usuário.

Finalizado o momento do acolhimento coletivo, a equipe NAPI retorna para reunião sem a presença dos usuários, com a finalidade de debater as informações coletadas e construir um PTS. A construção deste plano terapêutico segue a singularidade do usuário e traz consigo os múltiplos olhares dos diversos núcleos presentes no momento do acolhimento que ampliam as possibilidades de acessar as questões por diversos enfoques.

Em síntese, o funcionamento desse fluxo segue o esquema abaixo:



Fonte: elaborado pelos autores.

A interconsulta: o elo condutor no fluxo e ponto da manutenção da clínica ampliada

A interconsulta é uma das ações programadas do NAPI, essa ação encontra-se alinhada à Política Nacional de Humanização e as articulações dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de São Leopoldo. Esta modalidade de atendimento surge do anseio da equipe em experimentar e aprimorar novas formas de cuidado em saúde no SUS.

A ação é norteadada pela Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, um modelo de atenção cuja multidimensionalidade é vista na sua funcionalidade e longitudinalidade da pessoa idosa. De modo geral, são abordadas questões relacionadas ao estilo de vida, hábitos e convivência, capacidades e desejos, para além do processo saúde-doença. Nesse sentido, um olhar para o usuário, tendo em consideração a sua singularidade e subjetividade que o cerca.

Esta intervenção perpassa o trabalho de diversos profissionais numa ação em conjunto, de forma interprofissional e interdisciplinar numa relação próxima entre dois ou mais núcleos de atuação. Ela requer atenção especializada, integral e global sobre o envelhecimento humano, seja na óptica da senescência e/ou da senilidade, o que significa identificar e ampliar as necessidades clínicas, psicossociais e funcionais de cada sujeito, como parte da integralidade do cuidado.

Para além de uma ação, a interconsulta surge para colaborar na organização do processo de trabalho e na articulação de uma rede dentro e fora da RAS. Com isso, apresenta-se como uma nova forma de se fazer e pensar saúde e o próprio modelo assistencial preconizados no Humaniza SUS (BRASIL, 2009).

A programação da interconsulta dentro do NAPI se dá no momento da discussão de caso, após o acolhimento coletivo, quando os pacientes já foram dispensados e a equipe permanece reunida para elaboração do PTS. Uma agenda é estabelecida em um prazo máximo de dez dias e, preferencialmente, é indicada uma dupla de técnicos de referência que vivenciaram o acolhimento e estão tecnicamente implicados com o caso, ou seja, já tem uma proximidade com o usuário e conhece as principais demandas biopsicossociais desse sujeito.

A atividade relaciona alguns objetivos a serem seguidos com um roteiro prévio que consiste: 1. Questionar ao idoso como foi participar do acolhimento coletivo; 2. Questionar se algum aspecto deixou de ser dito no primeiro momento e que nesta oportunidade, sem ou-

tros usuários e com uma menor quantidade de pessoas ele/ela se sente à vontade para colocar; 3. Apresentar e fornecer a Caderneta do Idoso, trazendo a relevância da mesma na continuidade da linha de cuidado; 4. Conversar sobre o PTS, fazer os devidos ajustes através das novas informações, caso necessário, indagar se o mesmo está de acordo e transmitir o PTS final, salientando que o mesmo é dinâmico e que poderá ser ajustado; 5. Finalizar com as consultas agendadas e indagar se existe alguma dúvida.

Este momento é uma oportunidade para os pacientes exporem aspectos interpessoais, sua história de vida e/ou de maior vulnerabilidade e risco, dos quais não sentem vontade de informar quando estão em grupo. Compreende-se, também, a oportunidade de formar vínculo e estabelecer aliança terapêutica para os atendimentos posteriores e, além de ser a oportunidade de ofertar espaços de convivência, em grupos abertos dentro do próprio serviço.

Pessoas idosas com diminuição da funcionalidade, que dependem de familiar e/ou cuidador, são acompanhadas nesta consulta com consentimento da equipe, desde que esta relação seja colaborativa para o cuidado num todo. Um trabalho de corresponsabilidade é de suma importância para compreensão dos papéis estabelecidos pela família e o serviço.

Independente de quem exerça o cuidado à pessoa idosa, é importante perceber o outro como ele é, sua fala, seus sentimentos, dores e suas limitações, ou seja, considerar a complexidade e principalmente a subjetividade que envolve cada sujeito. O cuidado gera atenção, dedicação, carinho, responsabilidade e demais significados que envolvem esta prática, é algo que funciona com um elo entre a pessoa cuidada e a equipe de saúde.

A atividade acontece em espaço-tempo preservado e segue o fluxograma dos pacientes que ingressam no NAPI pelo acolhimento coletivo semanalmente. Atualmente o serviço tem a capacidade de acolher oito pacientes novos por semana, que viabilizarão, por consequência, novas interconsultas.

Por fim, é um dispositivo da clínica ampliada, centrada no protagonismo e na autonomia dos sujeitos, que colabora na gestão do cuidado em saúde; processos de produção de saúde que só ocorrem pelo trabalho coletivo e cooperativo numa rede de relações que exigem contínua interação e diálogo (PNH, 2009).

Considerações

O olhar ampliado na assistência à saúde dos sujeitos se faz necessário em qualquer nível de atenção. É imprescindível que dentro dos serviços os fluxos estejam bem amarrados considerando que é relevante revisitar os aspectos biopsicossociais do sujeito, papel dos atores no processo, a necessidade da articulação com a RAS e, o maior interessado, o usuário.

A clínica ampliada no cuidado à saúde surge como um componente de desconstruir o olhar biomédico do serviço, trazendo para roda os determinantes sociais em saúde e a complexidade que torna o sujeito singular. Na atenção à saúde do idoso, essa ação se faz estar sempre presente, pois diante da complexidade e subjetividade das questões, toda informação e aspecto deve ser considerado.

A interconsulta na organização do serviço, neste caso, na linha de cuidado à saúde da pessoa idosa é um componente central para sempre que possível resgatar esse olhar ampliado no cuidado. Por mais que o idoso esteja em acompanhamento com um núcleo específico, durante o mesmo, há sempre necessidade de se ampliar a atenção tanto para uma perspectiva dentro dos núcleos do serviço, na RAS e, na rede intersetorial.

A interconsulta é uma forma de todos, paciente-família-equipe, repensar e avaliar continuamente o seu papel neste processo, gerando uma ação terapêutica. Uma oportunidade de revisar aquilo que ainda não foi dito ou que a experiência anterior, a do acolhimento, despertou e revisitou, trazendo à tona novas passagens, ideias e pensamentos. Sendo assim, um momento de escuta qualificada, em que as funções cognitivas se ampliam e promovem novos sentidos e reflexões.

Torna-se importante não esquecermos que nesse processo além do usuário, o olhar ampliado também precisa considerar o cuidador, já que em muitos casos os idosos apresentam sua independência e/ou autonomia afetadas por conta do conjunto de fatores, o que impacta tanto na sua funcionalidade e em sua qualidade de vida. Nesse sentido, ter por perto alguém com mínimas condições para gerir esse cuidado é essencial. Dessa forma, o cuidador é um ator participativo dentro do PTS e, consequentemente, deve ser incluído nesse olhar ampliado.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** - saúde da pessoa idosa. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- MAIA, Renata Laís da Silva Nascimento *et al.* In: CONBRACIS, 2., Campina Grande, 2017. **Anais** [...]. Campina Grande: Realize, 2017.
- MORAES, E. M. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2012.
- PEDUZZI, Mariana. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, USP, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

Vozes na minha cabeça: loucura ou formas de ressignificar?

Caroline Flores Zanin

Helena Palavro Basso

Marina Lagunas

Resumo: O presente artigo realiza uma revisão teórica a partir da exploração bibliográfica, que visa enlaçar o tema de Ouvidores de Vozes com a prática da psicologia relacionada à saúde coletiva, políticas públicas e clínica ampliada. Este estudo foi fundamentado por artigos e periódicos científicos publicados em bases acadêmicas, além de livros renomados na área. Foi instigado a partir das vivências cotidianas no atendimento aos Ouvidores de Vozes. Ouvir vozes ainda é considerado um sintoma psiquiátrico característico, chamado de alucinações auditivas, carregando grande estigma por ser associado à doença e loucura. No entanto, ouvir vozes faz parte da experiência humana, tendo significações diferentes dentro de cada contexto. Desse modo, busca-se contribuir para a despatologização do fenômeno de ouvir vozes, ampliando debates para a atenção integral, desmistificação e redução dos preconceitos e rótulos, bem como expor estratégias de intervenção e favorecer o protagonismo dos sujeitos.

Palavras-chave: Ouvidores de vozes. Psicologia. Despatologização. Grupos.

Introdução

Ouvir vozes é atualmente considerado um sintoma psiquiátrico característico, chamado de alucinações verbais auditivas, presente em vários transtornos mentais, como a esquizofrenia, sendo considerado sinal de doença e loucura, carregando grande estigma. No entan-

to, ouvir vozes faz parte da experiência humana, tendo significações diferentes dentro de cada cultura e contexto. O fenômeno de ouvir vozes pode ser encontrado historicamente, sendo observado enquanto algo bom ou ruim a depender do local, da situação, das pessoas envolvidas, entre outros. Dentro dessa perspectiva, essa experiência em dado momento histórico foi considerada divina ou demoníaca no âmbito espiritual, e também como um sinal de criatividade (COUTO; KANTORSKI, 2018).

Coloca-se que a maioria das pessoas com esquizofrenia ou outros transtornos com sintomas psicóticos ouvem vozes, mas nem todas as pessoas que ouvem vozes tem esquizofrenia. Em função disso, patologizar o fenômeno de ouvir vozes não traz benefícios aos ouvidores, principalmente quanto as formas de lidar com as vozes, pois estas são vistas como respostas significativas a circunstâncias sociais ou emocionais. Assim, a capacidade de ouvir vozes estaria presente em todas as pessoas, podendo se manifestar em eventos de traumas, lutos ou ingestão de alucinógenos, e não tem qualquer vínculo com transtornos psiquiátricos (CORSTENS *et al.*, 2014). Neste sentido a clínica ampliada demonstra a sua importância, pois abrange a compreensão ampliada do processo de saúde e doença, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, a mudança de foco da especialidade para a integralidade, a transversalidade do trabalho, o compartilhamento da clínica e o suporte às equipes de saúde para que possam ofertar um atendimento mais humanizado e especializado aos ouvidores e suas famílias, a partir do debate e da construção de conhecimentos junto com o ouvidor de vozes (BRASIL, 2009).

Uma potente estratégia de enfrentamento é o grupo para ouvidores de vozes. Nessa perspectiva, o primeiro grupo de ouvidores de vozes surgiu na Holanda após o primeiro congresso de ouvidores de vozes que foi realizado em 1987. A iniciativa foi se expandindo até a criação do Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes e da Intervoice. O objetivo é apoiar os ouvidores de vozes e os grupos, estimulando a troca de ideias, o compartilhamento, a conexão e o pertencimento. Seus valores são o respeito e a empatia, além a compreensão do profundo significado pessoal que as vozes englobam. A partir disso, é possibilitada a construção de uma rede de apoio que permite os sujeitos terem suas experiências legitimadas, compreendidas e valorizadas. A Intervoice Brasil traz a expressão “Não Mate o Mensageiro”, refletin-

do que toda a voz traz uma mensagem ao ouvidor que pode ser compreendida a partir da história do sujeito (PESSOA, 2019).

Esse tema vem sendo trabalhado em serviços substitutivos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contemplado pelos princípios da Luta Antimanicomial, permitindo um tratamento humanizado aos sujeitos, dando voz às vozes muitas vezes silenciadas e criando vínculos. A clínica ampliada compreende a escuta, o vínculo, o diálogo, os afetos, a educação em saúde e a coletividade, apontando que a doença não deve ser o foco da existência (BRASIL, 2009). Assim, o presente artigo tem como objetivo contribuir para a despatologização do fenômeno de ouvir vozes, diminuir os estereótipos e preconceitos a respeito dessa realidade, bem como fomentar o protagonismo das pessoas ouvadoras de vozes, sendo estes considerados “experts por experiência” (BAKER, 2019).

Método

Este artigo foi constituído através de uma revisão teórica com exploração bibliográfica acerca do tema ouvadores de vozes. Optou-se por realizar a pesquisa a partir de bases indexadoras de periódicos científicos, com os descritores “ouvadores de vozes”, “grupos”, “saúde mental”. Este estudo foi fundamentado por artigos e periódicos científicos publicados em bases acadêmicas, além de livros renomados na área. Trata-se de um tema emergente, e pode ser observado que a grande maioria da produção específica nacional acerca dos ouvadores de vozes é atual, havendo mais material em outros idiomas, onde a discussão foi iniciada.

Resultados

Pessoa (2019) ressalta que existem diferentes formas de ouvir vozes, podendo as vozes serem sentidas como vindo de dentro da cabeça, de fora, falar do ouvador ou com o ouvador, o que requer diferentes estratégias para diferentes indivíduos. As vozes podem pôr o sujeito em risco ou puni-lo, mas também podem auxiliá-lo ou preveni-lo. Fernandes (2017) aponta que as vozes podem variar ainda em intensidade, quantidade, frequência, conteúdo, identidade, gênero, valência emocional, nível de influência e ainda na forma como se apresentam. O movi-

mento de despatologização é visto de forma positiva, possibilitando espaços terapêuticos e diminuindo os estigmas. Entretanto alguns setores da sociedade ainda precisam da noção de patologia para compreender as limitações e dificuldades dos sujeitos ouvidores de vozes.

Outra consideração relevante é que a recuperação se trata de um processo, não acontece da mesma forma para todos os ouvidores, existindo dois modelos de recuperação. A primeira ocorre quando há um empoderamento dos ouvidores, onde os sujeitos encaram o problema, se engajam com as vozes ativamente e tem curiosidade sobre os significados das suas experiências. O outro modelo pode ocorrer como uma desativação, ou hibernação protetora, na qual os ouvidores buscam formas de anular a experiência - estes tendem a se sentir melhor com as medicações. Entretanto, os ouvidores que alcançaram o empoderamento, relatam se sentirem mais capazes de realizar atividades, se comunicar e pensar com mais clareza. Portanto, é necessário respeitar o método que funciona melhor para cada sujeito. Dentro dessa narrativa, nem todos os ouvidores querem silenciar suas vozes (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018; COUTO; KANTORSKI, 2018).

Conforme Pessoa (2019, p. 68)

Ao mesmo tempo que temos pessoas em extremo sofrimento por conta das vozes, temos pessoas que conseguiram estabelecer uma relação positiva com elas de modo que as vozes se tornam uma companhia, um refúgio.

Couto e Kantorski (2018) levantam a hipótese de que os ouvidores se relacionariam com as vozes da mesma forma que se relacionam socialmente. Além disso, apontam que a relação com as vozes pode mudar a partir do momento em que o ouvidor passa a se relacionar ativamente com elas, para entender seus significados subjetivos, enfrentando o medo que elas causam. Outro apontamento foi que ouvir vozes pode acarretar estresse, angústia, depressão, ansiedade e medo, tanto das vozes, como das interações sociais devido ao preconceito (COUTO; KANTORSKI, 2018; EGITO; SILVA, 2019). A partir disso, faz parte da estratégia de enfrentamento realmente ouvi-las, poder dar sentido a elas, e conectá-las com sua história de vida, além de buscar entender como se constrói a experiência. Desse modo, deve-se auxiliar o ouvidor a se conhecer melhor, com o intuito de que consiga criar estratégias saudáveis para lidar com suas vozes.

Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018) ressaltam que se deve dar atenção à experiência em si e oferecer um espaço de troca, onde se

possa conversar e refletir sobre esta vivência, oferecendo suporte por meio da compreensão e significado dado as vozes, a fim de melhorar a relação com elas. Nesse contexto, o grupo para ouvidores de vozes promove a construção de novos sentidos sobre esse fenômeno, bem como a escuta e compreensão diferenciada por parte de familiares e profissionais. Esse grupo é um espaço de fortalecimento, baseado no respeito, na empatia e na compreensão, contribuindo para o combate de preconceitos e estigmas. Cada grupo é único e imprevisível, que está em contínuas transformações e em contínua comunicação com seu ambiente. As experiências em torno dos sofrimentos subjetivos dos sujeitos são compartilhadas, os ouvidores se sentem acolhidos e compreendidos por seus pares, e suas histórias de vida são valorizadas.

Nos grupos, buscam-se alternativas de compreensão da experiência de ouvir vozes, formas de enfrentamento e combate ao preconceito. O grupo proporciona também a criação de uma rede de apoio entre os ouvidores de vozes, onde podem dialogar e buscar apoio e conforto. Os grupos também buscam promover e garantir os direitos humanos aos ouvidores de vozes, sendo um espaço de acolhimento e fortalecimento dos indivíduos, onde é possível ressignificar a experiência de ouvir vozes e construir novas narrativas (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFA-TO, 2018). Os grupos ainda auxiliam na descoberta de novos objetivos de vida e participação ativa no processo, conversar com pares diminui o sofrimento psíquico dos ouvidores, além de auxiliar na comunicação de suas emoções e os tornarem mais empáticos, aumentando a autoconfiança e a autoestima. Por fim, o grupo permite que os sujeitos consigam superar as suas dificuldades e estabelecer um controle sobre as vozes, entendendo quais são os gatilhos e características de cada voz.

De acordo com Kantroski *et al.* (2017), ouvir as vozes não caracteriza um problema, mas a dificuldade de estabelecer uma relação com as vozes. Os grupos proporcionam o sentimento de segurança, de forma que os sujeitos possam compreender e lidar melhor com elas, encontrando sentido para as narrativas, além de as trocas possibilitarem aprendizagens interpessoais (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

Discussão

Os sujeitos ouvidores de vozes são considerados como experts do assunto por experiência, sendo de grande importância dialogar com

eles e tirar o estigma de patologia desta condição. Fernandes e Zanello (2018), colocam que os fenômenos sensoperceptivos podem se manifestar através de pensamentos vividos e intrusivos, audição de vozes e outros sons ou imagens mentais. As pessoas podem ter experiências diferentes com relação às vozes a partir da sua cultura, valores e crenças. Ressalta-se a importância do apoio familiar e social, e de como é difícil para o sujeito quando falta a compreensão de sua família, amigos e comunidade, inclusive nos serviços de saúde. É uma forma construtiva de quebrar preconceitos e estigmas demonstrar acolhimento e respeito, criando uma rede de apoio que contribui para a melhora de ouvintes de vozes (PESSOA, 2019).

Ademais, o contexto em que as vozes se manifestam é diferente para cada pessoa, assim como as estratégias de enfrentamento. Dessa forma, aponta-se que as experiências se dão de formas distintas, e nem todas as estratégias funcionam para todos os sujeitos, sendo que cada um deve construir a que melhor lhe atende. Nesse sentido, foram mencionadas estratégias, como: mudança de foco; distração; atividades como caminhadas; leituras; ouvir música e conversar com outras pessoas. Outras práticas trazidas foram as práticas religiosas ou espirituais. Finalmente, outra atividade citada foi a busca de informações e a produção de escrita sobre as vozes, destacando o protagonismo do sujeito e o respeito às suas singularidades (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018; PESSOA, 2019; KANTORSKI *et al.*, 2017; KANTORSKI *et al.*, 2018).

Tratando-se da significação atribuída às vozes, cada ouvinte confere um sentido diferente às vozes que ouve, desde eventos traumáticos, diferenças culturais e de cognição e crenças religiosas ou espirituais. Assim sendo, cada indivíduo tem ideias diferentes em relação à natureza de ouvir vozes e as causas dessa vivência. As vozes podem ser percebidas de forma negativa, como ameaçadoras, controladoras, de comando, intrusivas, sendo sinônimo de doença mental e manifestação da loucura. Podem, também, serem percebidas de forma positiva, como guias espirituais e companhias, experiências sagradas que o ajudam e indicam que aquele sujeito é especial, sendo descritas como agradáveis e reconfortantes (CORSTENS *et al.*, 2014; COUTO; KANTORSKI, 2018; EGITO; SILVA, 2019).

Por outro lado, as vozes são apontadas como um mecanismo de defesa, impedindo o ouvinte de se confrontar e de lidar com seus

problemas e emoções adequadamente (KANTROSKI *et al.*, 2018). Além disso, elas poderiam representar um ataque a identidade aopasso que tentam preservá-la, sendo tanto o problema quanto a solução (CORSTENS *et al.*, 2014). Couto e Kantorski (2018) apontam a importância de prestar atenção ao conteúdo das vozes, enfocando que vozes com conteúdo negativo geram respostas emocionais negativas, dificultando o estabelecimento de contato e trazendo maior prejuízo ao cotidiano dos ouvidores. Logo, é imprescindível reconhecer as vozes como parte do indivíduo, que lhe dizem sobre sua vida, e compreender o que as vozes dizem ao ouvidor, tendo mais atenção com as vozes a fim de poder encontrar soluções para as dificuldades que elas causam (EGITO; SILVA, 2019; KANTROSKI *et al.*, 2018).

Alguns autores mencionaram os primeiros estudos sobre ouvidores de vozes, apontando que os sujeitos geralmente passam por três fases no processo, sendo elas: a surpresa, a organização e a estabilização. A surpresa, que envolve o choque inicial pela nova experiência, pode trazer muita angústia e ansiedade com as tentativas de tirar essas vozes da cabeça. Nessa perspectiva, a experiência de ouvir vozes é caracterizada como perturbadora e desesperadora, surpreendente, súbita e vívida, trazendo um medo, relacionado a construção social da loucura. Esta fase é descrita como uma experiência solitária. Em sequência, a organização é a fase que traz muita confusão ao ouvidor, em que o indivíduo passa a utilizar estratégias de manejo, enfrentamento e limita as suas interações. Com relação a terceira fase, a estabilização, esta ocorre quando o ouvidor começa a integrar as vozes em sua vida, reconhecendo-as como parte de si e deixando de querer eliminá-las. Com isso, o sujeito aprende sobre como gerir as vozes e adquire um maior equilíbrio, obtendo maior compreensão e aceitação de sua experiência. Assim, falar sobre sua experiência com as vozes pode diminuir a ansiedade e a frequência com que elas surgem, assim como comentar sobre as características das vozes auxilia no aprendizado e esclarecimento de sentidos produzidos (BAKER, 2019; EGITO; SILVA, 2019).

Retomando o contexto grupal, os grupos de ajuda mútua de ouvidores de vozes se configuram em uma estratégia de acolhimento a esses sujeitos, que oferece um espaço seguro para que possam compartilhar sua história, falar sobre suas experiências de ouvir vozes, trocar suas estratégias de enfrentamento ou construí-las com auxílio do grupo. Nesse espaço, conseguem falar sobre suas relações com as vo-

zes, sem o medo de serem julgados, criticados ou patologizados. Nos grupos, valoriza-se muito mais a vivência individual dos ouvidores do que o saber técnico e científico dos profissionais, que participam do grupo atuando como facilitadores. É um espaço de apoio e autocohecimento, de troca de experiências, auxiliando os outros ouvidores a lidarem com suas próprias experiências e se sentirem acolhidos, com respeito e valorização das diversidades e das formas como cada um dá significados às suas vozes.

Além de tudo, Resende (2015) aponta a convivência como uma forma de cuidado em saúde mental que possibilita uma articulação entre inclusão social, a clínica, e as dimensões éticas e políticas. Para a autora, dessa maneira se permite a singularização, o empoderamento, o resgate da autonomia, a independência, a inserção social, a criação de vínculos, a reabilitação psicossocial e a cidadania dos sujeitos. Ainda acrescenta que é de suma importância reestabelecer os laços sociais, já que muitas vezes o fenômeno de ouvir vozes pode promover exclusão, o isolamento social e a perda de autonomia. Traz ainda a relevância de respeitar as diferenças, tornando a convivência possível entre iguais e preservando o modo de ser de cada sujeito. Nesse sentido “a clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida” (BRASIL, 2007, p. 16).

Diante do exposto, conviver respeitando as individualidades é uma estratégia de cuidado importante para o tratamento dos ouvidores de vozes, que muitas vezes tendem a se isolar. Resende (2015) coloca que os principais pontos da convivência utilizada de forma terapêutica são os aspectos de: estar com, fazer junto e deixar ser. Estar com o sujeito significar uma disponibilidade para conhecer o ouvidor de voz em sua alteridade, singularidade e diversidade. Fazer junto com o sujeito implica a construção de relações no cotidiano através das relações e da disponibilidade. Enfim, deixar ser é a possibilidade de abrir espaço para todas as potencialidades do ouvidor de vozes, no sentido de respeitar a subjetividade de cada indivíduo. Pessoa (2019, p. 73) destaca: “Estar realmente disponível para o outro, oferecendo esse espaço de troca e de escuta, tem uma potencialidade diferente principalmente nos serviços de saúde mental, é historicamente marcado pelo silenciamento dos sujeitos”. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pela Intervoice

tem como objetivo desmistificar a experiência de ouvir vozes, proporcionando a tolerância e a aceitação, bem como divulgar sobre essa realidade, informando e orientando a população. Outro projeto dessa rede é instrumentalizar os profissionais que atendem os ouvidores de vozes, para atuar com respeito e empatia, através de uma escuta sensível e despatologizante (BAKER, 2019).

Conclusão

Corstens *et al.* (2014) consideram que o conteúdo das vozes é psicologicamente significativo, portanto ressaltam a importância de possibilitar a narrativa do sujeito, para que este possa assumir sua identidade de ouvidor como uma alternativa libertadora. Neste contexto, a recuperação tem o sentido de empoderamento do ouvidor, para que este possa viver melhor com suas vozes, e não no sentido de suprimir, eliminar e calar as vozes, que podem ser consideradas como um sistema adaptativo do indivíduo, não como um sintoma. Quando se tenta calar as vozes, se cala o sujeito, e assim todas as suas possibilidades de vir a ser (FERNANDES; ZANELLO, 2018). Deste modo, aceitar as vozes é mais eficaz do que as suprimir, por isso, busca-se caminhos diferentes do preconizado pelo sistema biomédico, normalizando a experiência de ouvir vozes. Pessoa (2019) aponta ainda que cabe também ao profissional de saúde mental sensibilizar-se em relação as diferenças para superar as percepções estigmatizantes acerca dos sujeitos. A clínica ampliada não serve como um controle de sintomas, mas sim um suporte à complexa existência dos sujeitos em toda a sua subjetividade e no seu contexto (FREITAS, 2010).

De acordo com Pessoa (2019), esta nomenclatura de “ouvindo de voz” é utilizada para contrapor o modelo biomédico, que reduz o fenômeno das vozes a alucinações auditivas. Não é possível reduzir uma experiência tão complexa a um sintoma de qualquer transtorno como forma de categorizá-lo em manuais diagnósticos. As vozes não são apenas um sintoma de adoecimento mental, mas são parte do amplo contexto da vida humana, sendo uma experiência subjetiva e complexa própria da condição e constituição humana. Apoiar e acolher os ouvidores de vozes em seu sofrimento é importante na construção de um cuidado mais humano. Legitimar as vozes do sujeito auxilia em seu processo, diminuindo o sofrimento e removendo o estigma de loucura.

Referências

- BAKER, P. **A voz interior**: um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes. Tradução de Raimundo da Costa Moura. Belém: UFPA, 2019. 156 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da saúde, 2009.
- CORRADI-WEBSTER, C. M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. S. Colaborando na Trajetória de Superação em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, São Paulo, v. 27, n. 61, p. 100-119, maio/ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412018000200003. Acesso em: 25 set. 2023.
- CORSTENS, D.; LONGDEN, E.; MCCARTY-JONES, S.; WADINGHAM, R.; THOMAS, N. Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 40, n. 4, p. 285-294, 13 jun. 2014. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S285/1873862. Acesso em: 25 set. 2023.
- COUTO, M. L. de O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 418-431, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n3/1678-5177-pusp-29-03-418.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.
- EGITO, M. A. T.; SILVA, E. A. Grupo de Ouvidores de Vozes no Enfrentamento de Estigmas e Preconceitos. **Rev. Nufen**, Belém, v. 11, n. 2, p. 60-76, maio/ago., 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2023.
- FERNANDES, H. C. D. Escutar vozes: da qualificação da experiência ao cuidado na clínica em saúde mental. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de

- Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24824>. Acesso em: 25 set. 2023.
- FERNANDES, H. C. D.; ZANELLO, V. O Grupo de Ouvidores de Vozes: Dispositivo de Cuidado em Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 23, p. 117-128, mar. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2871/287159842012/html/index.html>. Acesso em: 25 set. 2023.
- FREITAS, D. A. **CAPS e seus dispositivos**: por uma clínica comprometida com o sujeito. 2010. 28 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/02_uma_clinica_comprometida.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.
- KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H.; ANDRADE, A. P. M.; CARDANO, M.; MINELLI, M. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1143-1155, out./dez., 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401143. Acesso em: 25 set. 2023.
- KANTORSKI, L. P.; SOUZA, T. T.; FARIAS, T. A.; DOS SANTOS, L. H.; COUTO, M. L. De O. Ouvidores de vozes: relações com as vozes e estratégias de enfrentamento. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 8, n. esp., p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14121>. Acesso em: 25 set. 2023.
- PESSOA, V. M. de P. **Con(vivendo) com as vozes**: a convivência como estratégia de cuidado para ouvidores de vozes. 2019. 82 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13435>. Acesso em: 25 set. 2023.
- RESENDE, T. I. M. Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. 2015. 423 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21117>. Acesso em: 25 set. 2023.

Entrevista: a clínica ampliada ou a ampliação da clínica?¹

Entrevistada: Maria de Fátima Bueno Fischer²

Quando a equipe do Cadernos determinou que o tema do décimo volume seria Clínica Ampliada e buscou nomes e formatos, dentro e fora da Unisinos, um nome nos chegou como unanimidade: Maria de Fátima Fischer! Por diversos motivos reunidos na trajetória profissional da Fátima e no modo como a conhecemos, acolhendo novas experiências como novas formas de ampliação da vida. Sim, pensamos... ela tem uma história profissional com a saúde mental e o sistema de saúde, que se mistura à sua prática como docente da Universidade e está absolutamente articulada aos seus ideais e sua forma de viver. Sua história já é um testemunho de como a perspectiva do cuidado em saúde, do lugar da docência na aprendizagem podem estar ampliados e vívidos no compromisso de uma cidadã com seu momento histórico e de uma pessoa que dá passagem à afirmação da vida em suas diferenças. Quando lhe fizemos o convite, confirmou nossos desejos: aceitou fazer uma entrevista em uma modalidade de narrativa da sua história e como a ampliação da clínica (como ela defende a expressão) foi uma condição inevitável. Em uma manhã linda de inverno, no pátio interno do prédio do CCIAS que abriga o PAAS - a pedido dela! - vivemos um momento iluminado, não somente pelo sol, mas pela generosidade e brilho dispersado pela Fátima, através das coisas que nos contou.

Maria de Fátima Bueno Fischer possui graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1979). Tem especialização em Saúde Pública e administração em saúde mental. Atualmente é

1 Foram preservados eventuais erros de coloquialidade com o objetivo de tornar a leitura mais agradável.

2 Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XZajxt4HM7M>.

professor adjunto da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e foi psicóloga - Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental coletiva, políticas públicas, participação democrática, grupos e coletivos e reforma psiquiátrica. Foi assessora e consultora em reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e saúde mental coletiva junto ao Ministério da Saúde, até 2016. Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia atuando nas ações relacionadas a reforma psiquiátrica e a psicologia no sistema prisional. Foi diretora de desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro, até 2014. Desde 2013 coordena a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade e do grupo teatral Nau da Liberdade (fonte: currículo Lattes)

Cadernos:

Bom pessoal, então, bem-vindos, bom dia a todos. Estamos iniciando o registro desse encontro com a psicóloga, professora, querida amiga e parceira de lutas, Maria de Fátima Bueno Fischer, que muito gentilmente não só aceitou nosso convite para estar conosco no volume 10 do Cadernos, como também está aqui na sede do PAAS, veio especialmente para que nós pudéssemos ter esse momento de registro e de conversa. E vou iniciar pedindo para quem está aqui representando a comissão do Cadernos se apresentar e aí depois passo a apresentar e conversar com a Fátima.

Cadernos:

Muito bem-vinda, Fátima. Um prazer contar contigo aqui. Sou a Letícia, sou psicóloga aqui do serviço. Atuo mais na parte de gestão e também contribuo com algumas atividades, incluindo o Cadernos. Então, a gente tá aí para conduzir essa atividade juntos.

Cadernos:

Me chamo Sophie, sou estagiária de Psicologia aqui no PAAS. Componho a equipe do Cadernos no momento. E é um prazer e uma honra poder participar desse momento.

Cadernos:

Sou a Maiele, sou estagiária do PAAS. Faço parte dos Cadernos também e é um prazer te receber aqui, Fátima, seja bem-vinda.

Fátima:

Muito obrigada.

Cadernos:

Meu nome é Nelson Rivero. Eu sou psicólogo, professor também. Faço parte da equipe do PAAS e do Cadernos. E Fátima eu vou iniciar como nós tínhamos combinado um pouquinho antes, dizendo que a gente tá absolutamente contente de tu estar por aqui. E que o convite tem inúmeras razões, mas entre elas, porque a gente, claro, quer te ouvir sobre clínica ampliada, que é o tema, mas mais do que isso, porque reconhece também na tua vida como profissional, e inclusive como pessoa, um testemunho do que isso significa na formação da psicologia. Se reconhece nisso também, na própria trajetória de alguém que sempre batalhou por uma psicologia que entende que vale a pena. Que tem impresso no seu corpo, nas suas paixões, nas suas práticas, toda a história da saúde mental, principalmente aqui no Rio Grande do Sul, por onde a clínica ampliada passa, por onde ela se sustenta, e que vai ganhar depois o espaço da humanização. Porque és uma pessoa também que tem uma trajetória longa com a Unisinos, com o estágio profissional da psicologia, no caso um dos estágios que a gente tem aqui no serviço, junto com a enfermagem e a nutrição, e que também tem na sua vida, inclusive na sua vida familiar, histórias com esse ambiente, com esse espaço, com essa trajetória. Então muito obrigada por ter vindo, muito obrigada por estar aqui. E aí acho que a primeira coisa que a gente faz quando recebe alguém é pedir: quem é a Fátima? Se tu poder te apresentar um pouquinho pra nós, a gente vai gostar de ouvir.

Fátima:

Bom, eu sou a Fátima, então Fátima Fischer. Vocês perceberão, na nossa conversa, o quanto estou emocionada com esse dia de hoje, desde o dia do convite com a Rosana, com a equipe toda. Fazer parte, então deste décimo Caderno. De uma história tão importante que eu acho que é uma história que institui na cidade de São Leopoldo, aqui na região do vale, uma importante relação de cuidados interdisciplinares com a saúde da população, aqui de São Leopoldo. E é um prazer enorme, uma honra poder estar aqui. Vindo para cá, é óbvio que a cabeça da gente vai mexendo e trazendo memórias e afetos. E um deles assim, chegando aqui no pátio, eu comecei a

caminhar, como em geral eu faço, eu trabalho também com consultoria em saúde mental. Eu quando eu vou para alguma cidade diferente, eu sempre quero chegar um dia antes que eu ando pela cidade para saber com quem eu estou dialogando. Os cheiros da cidade, o cotidiano, os lugares. E não foi diferente aqui, porque aqui eu estou revisitando mais uma vez. E eu não sei dizer. A gente estava tentando lembrar há quanto tempo, porque eu venho de uma família que, hoje eu estava conversando com Nelson, acho que 9 pessoas, entre irmãos, uma cunhada e meu pai, estiveram professores aqui e mais dois que foram alunos aqui. Nós somos doze irmãos, então também não era difícil de que muitos passassem por aqui no tempo que a gente veio de muda de Dom Pedrito para Novo Hamburgo. Então a gente começou a vinculação aqui.

Então, esses cheiros, esse sol, esse dia lindo. Eu gosto muito dessas datas como hoje, primeiro de agosto, inaugurando o início, né? Me traz também essas lembranças. Eu estava tentando lembrar o tempo. Eu acho que eu era criança quando vim aqui com meus irmãos que já estudavam aqui. A minha relação também, hoje me veio a lembrança, com os Jesuítas. Eu era estudante do segundo grau aqui em Novo Hamburgo. E fui convidada por três jesuítas, me lembrei dos três nomes agora, que eram o Tijolinho, o Cordeiro e o Atílio. Enfim, eles faziam um programa de rádio para trazer e dialogar com a juventude sobre temas da época. Era um programa de rádio, de radionovela. O meu nome era Marly, eu era uma prostituta. E aquilo para mim, aquele dia, nas quartas-feiras, era um dia de grande expectativa. A gente ia fazer a gravação na Rádio Progresso, em Novo Hamburgo, e depois voltava uma atriz para sala de aula.

Mas na época, aos poucos eu fui me lembrando dessa história. E aí, o que que tem a ver com a ampliação da clínica, que eu gosto mais de trabalhar com esse conceito de ampliação. É que alguma coisa, alguns toques na minha história, já vinham sendo marcados e eu não tinha ideia. Hoje eu vejo que essas marcas me subjetivaram de tal forma que era impossível pensar a Fátima como profissional da saúde, também psicóloga, sem estar enraizada nas histórias das pessoas, na história social.

Então me lembrei que o Cordeiro, que era um dos Jesuítas, em um determinado momento do programa da rádio, ele foi embora para trabalhar com indígenas em Mato Grosso, e aquilo me surpreendeu

assim “o que que uma pessoa, que tem casa, comida, roupa lavada, vai sair para um lugar difícil?”. Naquela época, eu acho que era ano 1960, 68/69, em um período difícil de ditadura. Mas aquilo me chamou a atenção e eu fui atrás dessas histórias, em saber por que que ele ia. E aí eu comecei a ver que o que eu estava fazendo com esses três jesuítas já estava se inscrevendo no início da teologia da libertação. Só que eu não sabia. E mais tarde eu fui saber que minha mãe, que também já trabalhava com catequese, trabalhava com eles. Com o irmão Cechin, que eu estava tentando lembrar agora, porque a irmã dele até trabalhou aqui na Unisinos, nestes prédios.

A gente então, além de fazer o programa de rádio, a gente vinha visitar o Cristo Rei, visitava aqui. Então nessas histórias, tem um pouquinho das minhas marcas nessas pedrinhas que já estavam aqui naquela época de muito jovem.

Então essa minha história começa desse jeito. Muitas das pessoas estiveram por aqui, então eu me sinto muito enraizada nessa história, mas sempre, eu dizia, abrindo outros caminhos, abrindo novos caminhos. Muitas lembranças mesmo, me vieram agora pensando nisso. E quando veio o convite de falar sobre clínica ampliada eu disse “já vou ficar provocando o pessoal”, porque eu gosto muito de falar em ampliação da clínica. Porque qualquer conceito que ele se encerre, como ouvir clínica ampliada inicialmente na saúde mental, me deu uma ideia, até porque eu sou profissional da saúde pública, também, além da universidade, já trabalhei em muitas equipes e me lembro dessa discussão inicial e eu me lembro assim de um certo fechamento da clínica. Então clínica ampliada é isso, ponto final. Não tem ponto final.

Cadernos:

Como se fosse uma qualificação.

Fátima:

É. Então eu gosto de falar de ampliação da clínica, porque ele abre as reticências e os pontinhos, porque eu acho que a clínica não está finalizada, fechada. A gente tem, assim como sujeitos, estão sempre em transformação, também nós profissionais da saúde, em todas as áreas, a gente precisa estar atento a essas mudanças e buscar a ampliação, da questão do cuidado na abordagem, na clínica, na terapia.

Então, eu disse “nós vamos chegar lá provocando”, mas realmente eu sou assim. Penso que a ampliação da clínica ajuda um pouco, abre mais. Gosto muito dessa ideia de abrir janelas, abre, fica uma possibilidade do dentro e fora, da transformação. E aqui é um lugar muito apropriado para isso, para a gente se desafiar a pensar, sonhar, enfim, criar. Eu acho que muito mais é criar. Então eu trazia e, vocês vão ver que eu já estou trazendo coisas de antes e de agora, essa ideia. Eu me sinto uma psicóloga nômade. Muito cartógrafa. Até eu dizia muito articulada sempre com as várias áreas do conhecimento. E a ampliação da clínica me provoca isso. Às vezes tem questões, analisadores, determinantes, acontecimentos tão importantes que vem de um outro campo e que se eu não acolher e trazer para nossa perspectiva, do olhar sobre o sujeito, eu deixo, talvez fique uma lacuna, fique algo, que não entendo. Me lembro de umas descobertas que eu fiz. Bom, então ao longo da vida eu fiz esses dois caminhos ao mesmo tempo. Eu entrei na universidade no ano de 1981 e também na saúde pública como profissional, mas eu já tinha feito estágio, já tinha feito... entro na saúde pública e logo faço também a residência na saúde pública. Então esses caminhos ao mesmo foram me produzindo de uma forma interessante. Eu me lembro da coordenadora Cornélia, não sei se lembram. Num determinado momento eu queria me dedicar exclusivamente à Universidade e ela disse não. Ela que era coordenadora do curso e era coordenadora do centro. Acho que era o nome...

Cadernos:

Era diretora do centro.

Fátima:

Eu lembro que gostei muito desse desafio. Ela disse “esse teu modo de ser, estar e fazer saúde pública, fazer saúde mental ele tá impregnado por essa prática, uma vai ser complementar a outra. Então eu acho que é também uma questão importante, que eu até já começo a adiantar pros alunos, pros profissionais de ambas as áreas, de que as nossas vivências, as nossas construções teóricas passam também pela experiência do estar, do viver, do conviver que nos permite né. É como se fosse, assim, um teste de realidade. A gente vai olhando e vendo, a gente vai estudando. Então essa combinação... na verdade é a essência da clínica, pensando mais na questão do cuidado. Eu acho

que essa é a grande chave. Um dia eu li sobre a clínica política com a Ana Marta Lobosque e ela diz assim que é no encontro entre este dito como desarrazoado contigo que produz-se algo. Eu gosto muito de pensar isso na produção desse encontro, que é ali que se começa através do vínculo, se começa o cuidado. A gente tá ali trazendo dois sujeitos, duas possibilidades de ser e estar na vida que se encontram e nessa produção algo acontece e ali começa a clínica. Me lembro que ela veio em um encontro dos alunos de psicologia sobre clínica política e esse texto eu guardei, tenho até hoje e passo pros alunos porque é muito interessante. Mas então essa minha caminhada começa ao mesmo tempo na linha do tempo junto na saúde pública, então eu faço algumas caminhadas na saúde pública e aí tem um outro divisor de águas, um deles ingressar na Unisinos onde eu tinha toda uma familiaridade. Na época meu pai era assessor jurídico da reitoria, não que isso interferisse em algo na minha seleção, porque ela foi feita pela Tânia, que foi coordenadora antes da Cornélia, ela tava indo embora pra Europa, não vou me lembrar o nome.

Cadernos:

Tânia Sperb

Fátima:

Sperb. Eu lembro que ela fez a seleção, no dia que ela fez e disse “é tu”. Logo junto comigo no mesmo ano veio a Carmen Oliveira. A gente começou a fazer... eu tinha feito todo o curso de Psicologia com a Carmen, já vinha uma bagagem tanto de afeto, de conhecimento, como de uma psicologia que a gente se reconhecia: interdisciplinar, feita no cotidiano. Eu gosto muito desse outro conceito que parece simples, eu penso a saúde e a psicologia como psicologia do cotidiano. Vários autores vão falar sobre isso, mas eu gosto de pensar o cotidiano, sabe? O cotidiano nesse território urbano, rural, naquilo que se mistura, se mistura, estando sempre atenta e curiosa, acho que sempre, como tu falasse lá no início da criatividade, além da coisa da curiosidade, eu inventava um jeito: bom, dá pra fazer de alguma forma. Quando disseste a pouquinho que aqui estive sem luz, ficaria sem luz tantos meses, eu fiquei pensando: o que eu faria sem luz? Eu ia trabalhar, eu ia atender de algum jeito, não sei como. A gente ia trazer lanterna...

Cadernos:

Aproveitar esse jardim, essa luz.

Fátima:

Aí eu fui me lembrando o porquê eu digo isso. Porque várias experiências que eu tive, felizmente isso eu também quero dizer aos alunos, pra formação, como provocação, estar atento a estas possibilidades. Quando eu fiz o estágio e a residência em São José do Murialdo, umas das primeiras residências, acho que foi a segunda que era interdisciplinar eu tive a oportunidade de trabalhar com indígenas, tive oportunidade de trabalhar com sem-terra. Nos campos que a gente podia escolher, eu pude trabalhar em Nonoai com os indígenas, depois em Ronda Alta. Então nesses lugares digamos de onde a gente atuava em uma realidade muito precária de recursos, seu eu ficasse sem luz... aliás nem tinha luz, agora me lembrei, não tinha luz. Então a gente trabalhou, eu trabalhei dez meses morando em um espaço, era tipo um postinho de enfermagem com uma técnica de enfermagem e uma médica. Essa coisa interdisciplinar, esse fazer ele era já constitutivo de mim, já era assim, a gente saía fazendo assim, porque também a vida nos exigia. Essa relação que eu digo da vida cotidiana, de um profissional da saúde na vida cotidiana é isso. Seu não tivesse recurso, mas eu tenho o sujeito, então a minha relação ética, clínica e acolhedora é com o sujeito. Se eu tiver esta possibilidade de respeitar esse lugar as outras condições estão dadas. Trabalhei em lugares com enchente, depois na boate Kiss, trabalhei no hospital psiquiátrico no Paraguai em uma situação totalmente adversa, igual como qualquer manicômio. Eu fui trabalhando em situações em que o limite das nossas ferramentas estavam dadas, mas eu gosto muito daquele conceito de ferramentas que tu traz junto e talvez eu não use nada daquilo, porque outras questões são colocadas. Me lembrei com os indígenas em Nonoai que eu trabalhava embaixo de uma árvore, agora olhei essas árvores e me lembrei que era um período inicial do conflito de terras, entre os indígenas e os sem-terra, recém tava começando. Eles viviam muito escondidos, tinha tido um surto de sarampo. Imagina, eu psicóloga fui convidada por uma equipe de pesquisadores da OPAS pra atuar num surto de sarampo em indígenas adultos, que era uma coisa diferente, fora do esperado. Eles já viviam escondidos pelo conflito e pela doença. A gente começou a inventar estratégias de trabalhar sentado, embaix-

xo das árvores, em termos de proteção, mas também porque era o lugar que tinha. O centro da convivência deles era muito conflituoso, muito tenso. Essa tensão de certa forma a gente conseguia dar conta fora daquele lugar. Essa questão do território, do lugar, de estar junto com, é como se fosse imprimindo a minha história, que eu me lembrava que tinha começado lá com os jesuítas, eu lembrei também conversando com o Nelson que minha mãe era catequista. Eu tinha cinco ou seis anos e já ia com ela e ficava cuidando das pessoas lá na comunidade quando ela trabalhava e ela fazia o trabalho dela. Em 1990 eu fui convidada para dirigir o 1º serviço público desinstitucionalizante foi a Pensão Nova Vida, não existia nada, não existia a Reforma Psiquiátrica, não existia nenhuma das portarias que regulamentasse a atual RAPS e eu me lembro que me surpreendi que eu ia até que dirigir uma casa com 54 usuários que vinham de longas internações, enfim tinha que dirigir esta casa, com uma equipe que eu não tinha, não existia ainda, então tive que selecionar uma equipe, me desafiar ser gestora e foi o maior desafio que eu tive profissionalmente. Eu me lembro que a coordenadora da saúde mental da época, Sandra Fagundes disse: Qual é a experiência que tu não tem, vindo de uma família de doze irmãos, gestão da coisa pública e coletiva tu tens. Quem mais do que tu para cuidar de uma casa grande, ao invés de dez eram 54. Enfim, isso foi fazendo parte da minha história e eu comecei a buscar tanto autores com experiências semelhantes e Quem é que trabalhava. Aí vem a questão de grupos que eu acho um grau de excelência na clínica, trabalhar com grupos no sentido da dimensão múltipla dos territórios das possibilidades e aí também enfim porque esse os lugares por onde andei, eles me exigiam isso, estar atenta alguma situação absurda assim e num grupo, sem buscar nunca unanimidade, mas as possibilidades diversas de convivência e o grupo como uma possibilidades de outras formas de ver e lidar com a vida com o seu sofrimento. Uma das questões quando eu tive no prumo, na Unisinos onde eu tive trabalhando por treze anos. Antes era de unidades móveis, mas era um projeto comunitário que veio ao mesmo tempo do PAAS. Eu me lembro que tínhamos algumas referências de grupo e foi muito legal o desafio interdisciplinar, tinha um sociólogo, a enfermagem, o serviço social, a psicologia, a educação física e a nutrição, eram seis ou sete núcleos. Essa experiência para mim foi outra assim como Mu-

rialdo marcou minha vida, mudou minha vida, até recentemente o faleceu o doutor Ellis Alindo D'Arrigo Busnello que era nosso dirigente, inventor daquela clínica comunitária que foi referência internacional, foi um marco, mudou minha vida e depois o Prumo foi uma experiência mais íntimo, mais próxima de profissionais assim como eu, na Unisinos, em que a gente construía a intervenção juntos. Essa relação eu diria, que para quem está em formação é muito difícil, pensar um sujeito/um lugar /a história e tomá-la como questão em análise e pensar uma intervenção, nossa era assim, a gente brinca, mas é verdade. Eu posso dizer isso porque eu encontro os colegas daquele tempo a gente se cutucava com o pé debaixo da mesa: E agora o que é que eu faço? Porque não tinha sintonia, não tinha resposta e tal, mas foi exatamente nas diferenças esse desafios que eu acho legal. Ao invés da gente desistir e encerrar o nosso referencial teórico que diz que é só isso, a gente amplia na diferença, amplia no debate, no bom debate. Agora me lembro bem do morro da Santa Helena a gente fazia uma intervenção, é um lugar ainda que quase nada se cria nem se transforma, não tinha nem assembleia de Deus, nem boteco de cachaça, eu dizia para mim, é um grande analizador. Se não cria é porque era uma coisa terrível, era um lugar aonde o pessoal do tráfico do roubo, se passava o morro se jogava para o outro lado, era uma área enorme, gigante, a polícia não conseguia chegar, então eles dominavam, a água não chegava, o pessoal que trazia a água no caminhão pipa, para lá eles apedrejavam o caminhão. Eu me lembro de uma intervenção, num sábado pela manhã. A gente conseguiu um lugar para trabalhar, que era um final de uma casa que tinha sido abandonada e lá a gente trabalhava, a gente tinha um lanche que fazia sempre naquela atividade e nós tínhamos uma colega da nutrição que disse que não podia comer o lanche sem lavar as mãos. E água cara? Mas foi muito legal porque foi uma construção, primeiro a gente trazia lencinhos, depois a gente conseguiu com uma senhora da comunidade que emprestasse um balde, até que um dia a gente conquistou a água. Nenhum dirigente, nem a prefeitura colocou água sem esse caminho da comunidade, sem uma demanda, aí eles demandaram. Eu lembro que nosso projeto teve um sucesso grande na Santa Helena, que a gente conseguiu criar um espaço, tipo um salão, algo que depois foi um salão de igreja que se tornou o contraturno, e começou assim. Depois, se tornou uma

escola reconhecida pela prefeitura. Mas eu me lembro da água. Se o meu conhecimento me diz que eu tenho que ter as mãos higienizada e eu não tenho água, o seu desafio, da equipe e não é da nutrição, nem desse, nem daquele tem que pensar qual é a alternativa, sem ser assistencialista de dizer toma a água, mas construir a canalização da água em todos os sentidos, que aquilo chegue e represente algo. As crianças com o tempo, quando eles iam e chegava a hora do lanche que eles estavam brincando na terra ou no chão, coisa assim, eles já tinham uma rotina que eles gostavam de fazer, eles gostavam de estar com as mãos limpas. Então, não adiantava a gente dizer na minha área ou na tua área, tinham um processo aí se mistura tanto a saúde mental, que era o sujeito protagonista, essa era uma outra questão que eu quero trazer. Que eu sei que o PAAS sustenta o protagonismo do sujeito, tanto o pessoal da limpeza quanto estagiário, como profissional, o protagonismo e a democracia interna, o outro princípio que depois eu fui estudar sobre o projeto da Pensão Nova Vida, assim como a água foi canalizada e acontece lá, a Nova vida, ainda existe. Eu acho muito importante dizer isso, que não é no nome da Fátima que esteve lá, a gente construiu junto de uma forma com todas as correlações de força com os usuários, famílias, a gente criou a Nova Vida, hoje é um SRT e foi o primeiro da América Latina, público esse serviço e ele existe até hoje. Então estava falando da ampliação da clínica, do contrato ético da relação de igualdade, do respeito a diferença, da constituição de equipes. Todo mundo colocava em análise uma questão na mesa e aquilo era discutido com muitas dificuldades, mas era muito legal.

Cadernos:

estava pensando aqui Fátima te ouvindo, primeiro dar conta do quanto essas narrativas de vida que tu tens acabam dando corporeidade, acabam corporificando, tornando cotidiano o conceito da ampliação da clínica, mais ainda nos deixa feliz de poder estar te ouvindo e registrando isso pro Cadernos. E fiquei pensando nisso, o quanto é importante esses vazios, daquilo que a gente não sabe. Porque o quanto que não se sabe, no sentido da possibilidade de trabalhar com essas diferenças é fundamental, pelo menos eu estou entendendo que foi fundamental na tua trajetória. Quer dizer, não temer a condição da falta de estrutura, ao mesmo tempo como também não ter receio da condição do não saber ou do não conhecimento. Do quanto isso é

necessário para criação, necessário inclusive para ampliar essa condição clínica. Estava pensando nisso esses são exemplos absolutamente claros e vívidos disso que a gente tem como tema.

Fátima:

Eu por muitas vezes na vida me assustava com o não saber. Assim, o que que eu faço, de eu pensar como me colocar na posição de uma grande escutadora para entender o que está acontecendo e bom as ferramentas eu terei algumas, outras eu vou ter que procurar. Eu também tive a oportunidade por seis anos de acompanhar diretamente os presídios, o sistema prisional pelo Conselho de Psicologia e, muitas situações em que, aí entra a questão do criativo e da arte né, que o teatro foi fazendo parte desde o colégio na minha vida. Então, tinha situações em que eu me sentia absolutamente amarrada. Assim, num presídio, acho que foi em Uruguaiana em que os agentes penitenciários deixaram a psicóloga, fecharam ela com os presos, para assustar mesmo. E aí eu tinha ido junto com ela e eu disse assim, o que eu faço agora com isso aqui? Daí eu brinquei com eles de normatizar, vamos inverter, agora vocês vão cuidar, vocês vão atender. A gente fez um jogo de cenas ali e foi muito engraçado porque eu não pedi que abrissem né, mas eles não suportaram ficar fechados, daí eles abriram. Daí depois a gente conversou, nem era intervenção, a gente tinha ido acho fazer acompanhamento de uma nova norma do Conselho Federal de Psicologia, mas eu me lembro de situações limites, de certo risco digamos, exposto e assim, a gente vai tentando e buscando. Daí eu me lembro, vamos fazer isso e eles trocaram, inverteram.

Cadernos:

Tem que pensar rápido assim pela experiência, é o que te afetou naquela situação. O que tu sentiu ali.

Fátima:

Sim, sim, exatamente. Então, sempre como eu digo, centrado no usuário, no paciente, no cliente, a gente ali vai estar a possibilidade, ali que vamos criar a possibilidade. Diversas, nunca é igual. Eu me lembro da situação essa que eu falei lá no Paraguai, até o professor Rafael estávamos lá e de repente estávamos falando guarani. Eu levei um dicionário é claro, mas era o que tinha que fazer, não tinha

outro jeito de falar, e aí a gente começou a se comunicar muito com interpretações corporais. Eu usei muito isso, tentava chegar perto e eles mostravam como é que era. A gente estava entrevistando, inicialmente um censo e depois era para propor, iniciar um projeto de desinstitucionalização lá no Paraguai, num Hospital com características muito parecidas aos grandes manicômios, mas daí tinha a questão da língua. Muito interessante, eu me lembro, no fim eu estava me achando o máximo falando guarani, mas tinha o livrinho aí para me socorrer. Então, essas situações, eu me lembro de uma intervenção, de uma disciplina da Psicologia, agora eu falei dos indígenas e me lembrei que a gente estava trabalhando numa oficina, no centro de Porto Alegre, ali na frente do Mercado Público, a gente só tinha uma camiseta com o desenho de um rolo de um filme e tinha o que é Psicologia. Então, a gente tinha câmeras por ali e gravava quem quisesse falar. E aí apareceu uma pessoa surda muda, e aí os alunos falaram que essa aí a gente não entrevista e eu disse, como não, se ela quer falar, daí eu fui pra frente dessa pessoa e fui criando uma linguagem do jeito que a pessoa compreendia e a pessoa respondia. Uma outra pessoa muito alcoolizada também que queria falar. Naquele dia foi uma aula sobre o conceito de normalidade, e aí eu me deparei a gente precisa, essa questão do cotidiano acho que te mostra isso, conversar sobre uma pessoa com um grau de dificuldade que seja relacional, mais especificamente uma pessoa por exemplo uma pessoa cega. Precisa acontecer para que ele possa ser então construído, confrontado. Naquele dia foram duas situações, foi muito interessante, muito mesmo. Então o tema que era o que é Psicologia acabou sendo secundário e aquela oficina acabou trabalhando com as diferenças.

Cadernos:

É que são as reticências como tu diz, no sentido de que é um movimento, na medida em que se amplia, que também provoca coisas que não necessariamente se tinha planejado.

Cadernos:

Que não estão num conceito fechado, como tu disse no livro, em que a gente encontra, o que que eu faço quando isso acontece. E é essa a abertura da criatividade.

Cadernos:

Mas que histórias lindas.

Fátima:

É em determinados momentos, por exemplo, eu comecei a estudar o Morin pra entender a teoria da complexidade. Comecei a ler, primeiro achei superdifícil, mas depois gostei muito. Quando ele fala sobre cinema, sobre música então. Olha tem alguns textos dele sobre música e complexidade que ele começa abrindo o conceito e trabalhando praticamente com as discussões teóricas que nós fazemos, sobre a produção subjetiva. E eu como gosto muito de música, comecei a me amparar também nesse conhecimento para poder... ritmo, tensão, voz, volume, enfim... é muito lindo a questão sonora mesmo. Mas, acho que esse cruzamento, a questão é aquele negócio que eu estava trazendo, estar atento e na hora pensar que dá. Acho que o princípio é a dimensão ética na relação, se eu não estou confrontando, eu estou acolhendo, eu posso não saber. Eu já tive muitas situações que nesse momento, uma situação específica com algum usuário, eu não estou podendo te ajudar, mas a gente vai buscar alternativas, daí eu vou me socorrer de outras experiências e leituras para poder dar um retorno, que as vezes tu não tem no momento.

Cadernos:

Acho que essa característica da sensibilidade, isso perpassa totalmente tudo o que tu vai atuar na clínica, na ampliação da clínica, porque é da tua abertura. Acho que escutando tudo o que tu está falando, acho que é uma coisa que tu mostra muito pela tua experiência, essa abertura. O que as vezes é tão difícil, até pensando no processo formativo, o quanto a gente está realmente aberto para essas diferenças, para essas experiências, para tudo que isso pode nos provocar de alguma forma. E que a gente saber lidar com essa sensibilidade, que está nos comunicando algo, que a gente não precisa ter medo de não saber, ou ter um receio em relação ao que vem daquilo, mas a gente está ali, a gente está disposto.

Fátima:

E reconhecer também o que não sabe. Eu acho que falei de dois marcos, acho que o terceiro e que me acompanha até hoje foi começar a trabalhar com pacientes graves, neuróticos graves, psicóti-

cos. Isso acho que foi tipo assim o fiel da balança, porque muitas teorias que estudamos, diz que o psicótico não vincula, não pode participar de grupos. E aí eu comecei, mas tá, esse sujeito, a existência está aí, com determinado grau importante de sofrimento, então eu comecei a pensar o que é possível? Então, sempre estive muito vinculada desde 1982, não, um pouco mais adiante, eu tive vários ingressos trabalhando como psicóloga, como gestora, depois como supervisora e depois de novo como profissional no Hospital São Pedro e no psiquiátrico forense. Então eu tive por muito tempo esse trabalho, essa atuação. Então eu comecei a fazer descobertas e descobertas para além, como tu dissesstes, para estar aberto a tudo isso, mais sensível dentro de uma dimensão absolutamente digamos mais exigente assim, porque ele precisa. Eu gostava sempre de pensar assim, “qual é a construção que ele fez para chegar até aqui?”. Então, é meio que percorrer territórios, bifurcações, né, não é uma concepção bem rizomática assim, por onde andou. E assim captar alguma coisa que dava para fazer, tecer outras possibilidades, outra rede, outra oportunidade. Então, sim, eu trabalho até hoje e desde 2013 eu trabalho o grupo de teatro com usuários de saúde mental e ali é um teste, toda quarta-feira é dia de novidade e coisas que aparecem que são absolutamente bastante exigentes, digo de novo, mas é muito legal. E aí sim, pelo teatro ter essa questão de trabalhar integralmente o sujeito corpo assim, ele permite uma aproximação maior e quando eu vejo o resultado, não sei se é resultado, mas analisar o tempo dessas pessoas conosco no grupo que é uma produção toda coletiva assim, é impressionante a transformação. Eles mesmo dizem que é uma transformação no corpo assim, me lembro muito bem as pessoas chegavam com diagnóstico, ‘não, aqui não tem diagnóstico, tem sujeitos que querem fazer teatro’. Nunca foi um critério, nunca, nenhum critério desse tipo, dessa natureza, então era no encontro pra trabalhar especialmente toda a dimensão corporal. E também a gente começou a buscar leituras nessa área e tá sendo um feliz encontro até hoje.

Cadernos:

Eu fico imaginando várias coisas, Fátima, do quanto é, a partir daquilo que tu tá trazendo, inevitável esse encontro do cotidiano, da ampliação da clínica com a vida, e a vida que se apresenta obviamente muitas vezes sem sentido que ela chega para nós e o quanto dá

para falar de uma ampliação da clínica e de uma invenção da clínica, porque, nesse sentido, muito do que tu tá nos trazendo, lá pelas tantas, há de se inventar coisas como tu fizestes, vários exemplos desses que tu trouxe e que fazem parte obviamente e que não só dessa melhor forma de produzir o encontro, mas como também produzir vida talvez, dá potencialidade a isso. Mas a gente não tá querendo te extenuar, a gente já tá quase em sessenta minutos de entrevista. Qualquer coisa, a gente faz a parte dois, Fátima

Fátima:

Eu encerraria... tu usaste uma palavra que pra mim é carro chefe meu, que é “onde há produção de vida, conte comigo”, então assim, eu aposto sempre, aposto no encontro, na transformação, na produção de vida. Quando eu vejo assim processos espetaculares, me lembro disso do teatro de uma vez, um rapaz entrou com um diagnóstico de autismo e daí hoje, lá em Porto Alegre eles têm um negócio que elegem o prefeito na escola pública e ele foi eleito e vai ter posse daqui a pouco. Eu digo, esse é o autista que me trouxeram? Entende, não minimizando nenhuma situação ou outra, mas a forma que tu entra na história e na sociedade é que talvez seja o nosso desafio como profissionais da saúde, que a gente possa acolher e dar contorno às diferenças e a pessoa vai se guiando aí.

Cadernos:

Bom, então a gente vai encerrando. Pra deixar registrado em nome da equipe do Cadernos, do PAAS, obrigado pela tua generosidade e com certeza falta espaço para a gente fazer registros, quem sabe a gente marca um outro, mas já foi mais do que lindo a possibilidade de te escutar e registrar isso para compartilhar

Fátima:

Que linda a generosidade também, gostei muito de ser convidada, eu tava bem na expectativa

Cadernos:

E a gente ficou muito feliz quando tu aceitou, porque, é como as gurias também comentaram antes, como egressas do curso de psicologia da universidade, é uma honra poder te escutar, porque, sem dúvidas, para nós gerações que estão ingressando na psicologia po-

der escutar de ti tudo isso é maravilhoso. Muito mais do que um exemplo profissional, é um exemplo de ser humano que demonstrou na própria vida esse protagonismo, essa forma de se inserir no mundo, então é um prazer que bom poder te ouvir e que bom que as pessoas vão poder te escutar também um pouquinho.

Entrevista: clínica ampliada: dos territórios de saúde aos serviços escola¹

Entrevistado: Gustavo Cunha Tenório²

Transcorria o ano de 2011. O PAAS havia surgido como projeto de formação e serviço escola a partir da reestruturação da área da ação social, que substituiu a designação anterior como extensão universitária. Neste momento o PAAS se colocava em uma nova questão: como tornar o processo de formação e a assistência prestada no serviço escola mais articulado e comprometido com a política de saúde no nosso país? Uma das decisões foi trocar o nome para demarcar a diferença de proposta e intencionalidade: retirava-se de cena o Projeto de Ação Ambulatorial para dar lugar ao Projeto de Atenção Ampliada à Saúde. Outro movimento importante foi chamar interlocutores para qualificar e ajudar na composição de novas estratégias e práticas. Tanto colegas da própria Unisinos como colegas de fora da instituição. Foi através desta proposta que Gustavo Tenório Cunha, que recentemente tinha publicado um livro com título *Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*³ foi convidado a estar com o PAAS. Neste encontro, mais do que respostas prontas, Gustavo nos ajudou compor novas questões, deslocou princípios e nos deixou pistas importantes de como seguir. Este momento reverberou ao longo dos anos seguintes e nas formas que o PAAS encontrou para dar conta do objetivo de estar mais inserido na rede e afirmando uma formação e uma assistência ampliada em saúde.

1 Foram preservados eventuais erros de coloquialidade com o objetivo de tornar a leitura mais agradável.

2 Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AykYgaF0SBQ>.

3 CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. v. 1. 212 p.

Neste décimo volume, depois de doze anos do primeiro encontro, estamos muito contentes porque encontramos novamente com o Gustavo. Ele gentilmente acolheu nosso convite para uma entrevista a ser realizada para o Cadernos. Não por acaso, mas de forma muito bem pensada e justificada, para falar sobre Clínica Ampliada, qual seu “estado da arte”, como ele tem acompanhado os desdobramentos, afirmações e desafios desde que nos encontramos pela primeira vez?

O que se segue é o resultado desta entrevista, que, novamente, nos deixou muito contentes na composição desde décimo volume e sua condição simbólica de marcar um ciclo, um tempo de vida, seus percalços e suas conquistas.

Gustavo Tenório Cunha é médico, professor do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP (RDIDP) desde 2016. Temas prioritários: Apoio à Gestão, Atenção Básica, Clínica Ampliada, Grupos Balint-Paidéia, Gestão da Clínica; Humanização do SUS. Consultor da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Ministério da saúde por seis anos. Professor desde 2004 na disciplina MD945 (Planejamento e Gestão da Clínica) no internato do curso de graduação da Faculdade de Medicina. Professor desde 2010 na disciplina Ações em Saúde Pública I e II, professor e coordenador desde 2010 nesta mesma disciplina, ambas para o primeiro ano dos cursos de graduação de Medicina e Fonoaudiologia. Professor desde 2012 e coordenador entre 2015 e 2016 na disciplina GS003 (Gestão e Subjetividade) para o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. É coordenador da Residência de Medicina Preventiva e Social desde 2011 e professor na Residência de Medicina de Família e Comunidade desde 2015. Participa do grupo de pesquisa Saúde-Paideia, com prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, com atividades de extensão (curso Balint Paideia) para municípios. A partir de 2021 ocupa a vice-coordenação do convenio Unicamp-Universidade de Ciências Médicas de Habana (Cuba) que busca estimular e apoiar parcerias entre ambas as instituições. Membro da diretoria da Adunicamp, o sindicato dos docentes da Unicamp, desde 2018.⁴

⁴ Texto extraído do Currículo Lattes.

Cadernos:

Preparamos um roteiro de perguntas, mas no sentido de uma conversa, gostaríamos que você nos contasse sobre a sua trajetória e também pensar sobre o tema clínica ampliada.

Gustavo:

Bem, eu fiz medicina. Então, sempre fui muito próximo da saúde pública, das questões do SUS e isso foi um tema que sempre me chamou atenção. Participei de movimentos não sociais de conferência de saúde ainda quando era estudante, e entrei na faculdade em 89. Foi bastante importante, teve uma campanha eleitoral muito importante, enfim, tinha toda uma movimentação política.

Gustavo:

Eu fui fazer residência preventiva. Embora eu tivesse um foco mais na questão da saúde pública, da gestão. Eu acabei me encantando com a prática clínica e fui trabalhar com o médico de família e comunidade. E bom, tinha toda uma literatura crítica da saúde coletiva, enfim, da reforma psiquiátrica, principalmente. Todo um pensamento ali de questionado, Todo o modo de fazer clínica tradicional que vinha da saúde mental.

Gustavo:

E quando eu fui para a atenção primária, eu percebi que o conhecimento é predominante, baseado na bio medicina no diagnóstico, ele tinha limitações muito grandes. E na prática clínica, não ajudava em muita coisa. Então, eu comecei a sentir necessidade de estudar esse tema, estudar a clínica em si, dos profissionais de saúde, estudar as relação da gestão com a prática clínica. Como a gestão induz determinados tipos de prática com que a rede, a existência dela ou não, induz, permite determinados títulos de prática clínica e tentar compreender tanto o que faz a gente agir de determinadas maneiras de um modo global os profissionais de saúde.

Gustavo:

Como é tentar promover outras maneiras melhores, e, principalmente de enfrentar problemas. E aí, nesse sentido, o meu orientador, ele justamente sensível a toda essa temática, escreveu um texto na década de 90.

Gustavo:

Que fala, chama clínica dos sujeitos. Que ele vai fazer uma crítica mais conceitual, a medicina. Ele vai dizer, olha, todo esse recorte. O diagnóstico é qualquer que seja o recorde diagnóstico, não é suficiente. Ele tem limitações porque as pessoas são sempre mais complexas. Somos nós, tentam nos entender, e sempre a gente vai ter mutações, e qualquer encosta profissional ele vai ter uma lente, vai ter uma leitura, vai ter uma potência, mas também vai ter um limite. E então, a gente tem que pensar a clínica a partir dessa limitação, e a gente precisa tentar compreender.

Gustavo:

Como superar isso na medida das necessidades singulares. Então, os diagnósticos existem um conjunto de diferenciais da medicina.

Gustavo:

Como vocês estão na área de saúde mental, vocês já saem de um ponto privilegiado de determinada maneira. Não é porque vocês já partem de uma superação de um certo limite, pelo menos uma parte dele. É da medicina que é todo mecanicismo.

Gustavo:

Uma dinâmica, uma certa comparação com a máquina. É uma dinâmica muito de intervenção, que a própria palavra paciente pressupõe essa passividade no outro, intervenção sobre o outro.

Gustavo:

Então, nossa saúde mental, ela tem uma tradição, ela foi recuperada, em do ponto de vista de de saúde pública, com a reforma psiquiátrica, que é de uma clínica mais compartilhada, uma clínica mais dialogada. Uma clínica que pressupõem que o trabalho, para ele acontecer, implica que o outro vai construir um certo caminho. E o que eu vou fazer as coisas pelo outro.

Gustavo:

Então, isso é algo bastante forte, na tradição da psicanálise, de que a prática clínica implica um caminho do outro e não apenas do profissional sobre o outro. E então, esse texto do Gastão, traz essa crítica e aponta um conjunto de limitações que essa tradição tem, principalmente, obviamente, para a saúde mental, que é com quem ele está dialogando inicialmente.

Gustavo:

E na clínica de uma forma geral. Então a gente sabe todas as violências que esse tipo de reducionismo, quando não é adequado, reduzindo a pessoa a um diagnóstico ou a um determinado tipo de problema. O quanto que isso pode ser ruim pra vida das pessoas, quanto com isso pode ser limitante do ponto de vista da prática clínica. Então, a partir dessa reflexão do Gastão, dessa crítica. Eu comecei a trabalhar as possibilidades. O que que a gente costumava fazer? Que a gente podia fazer diferente? Por que que a gente fazia de determinadas formas?

Ou seja, que referenciais filosóficos que nos alimentam sem a gente perceber e fazem a gente desejar que as coisas funcionem determinada maneira. E elas não funcionam.

Quando elas não funcionam, por que fazem funcionar?

Gustavo:

E então foi um pouco esse caminho. Com o tempo, você vai ganhando contornos diferentes. Esse caminho da clínica ampliada dentro da Biomedicina, ele digamos assim, não é o único esforço que existe. Existe um mundo em direção ao tensionamento dentro da Biomedicina em relação à prática clínica dos profissionais biomédicos, médicos, enfermeiros, fisioterapeuta. Então a gente tem um método clínico centrado na pessoa.

É que dizemos são experiências, é que que foram formulados em várias regiões do mundo. No sentido de falar: reduzir pessoas a um diagnóstico e fazer uma abordagem muito centrada na doença. É, não é suficiente.

Gustavo:

E então a gente tem esforços, além da clínica ampliada e a clínica ampliada é dialoga bastante bem com os outros enfoques. Talvez em relação a alguns, ela tem uma vantagem de que ela não é centrada no médico, ela não voltada exclusivamente para a figura do médico. Ela dialoga com todas as profissões de saúde, porque ela está partindo desse pressuposto de que as pessoas são mais do que qualquer tipo de recorte que a gente possa fazer. E que a gente está lidando com singularidades, não é?

Gustavo:

Então, o meu caminho foi um pouco esse. Ele segue, segue um pouco nesse sentido. É porque eu trabalho com residências de família e comunidade, com residência de medicina preventiva, com atenção primária. Então os desafios eles foram, a gente a gente não muito difícil ainda, de dificuldades com o SUS, um momento político difícil, que dificulta pra gente falar de democracia, de diálogo, de respeito.

Essas questões ficaram mais importantes, mas também não ficaram mais fáceis no decorrer do tempo.

Gustavo:

E a gente tem questões hoje, né? Que que avançam para todos nós, né? Acho que nunca para saúde mental também foi acometido por toda essa lógica, biologizante, a neuropsiquiatria, há uma questão das evidências tomadas de uma forma, como se fosse um novo, tem evidência disso ou daquilo, e acabou a discussão. Não tem singularização, né?

Então, o momento hoje é talvez um pouco mais difícil do que tenha sido em outros momentos, a gente tem também um cenário de fragilização da atenção primária, né? É uma dificuldade de trabalhar em equipe e tudo isso traz dificuldades para para prática clínica, e uma clínica mais singular, né?

Gustavo:

Então, basicamente os desafios aumentaram no decorrer do tempo, mas a minha motivação inicial, ela segue, porque a gente vê as dificuldades. Talvez um dos temas que tenha sido muito caro para mim e para muitos pesquisadores da saúde coletiva tendo sido, é como fazer uma clínica que diminui os danos, que diminua a heterogenia. Então essa primeira preocupação, ela está aumentada. A gente está numa situação que as heterogenias estão bastante estruturadas e tem sido difícil falar de nisso e conversar sobre essa percepção de danos dentro da saúde, essa ideia de que a gente pode causar danos. É uma ideia que tem sido difícil, e ela é muito necessária para a gente pensar as práticas de saúde, qualquer intervenção pode trazer problemas, né? E a gente tem que estar atento a eles e em termos de saúde pública, isso é muito visível. Isso é muito claro.

Gustavo:

Eu penso que a situação está um pouco mais difícil com todo esse avanço da medicalização, né, toda essa abordagem neuropsiquiátrica. A expansão de um conjunto de diagnósticos, transtorno disso e transtorno daquilo, incluindo as pessoas com muita facilidade em diagnósticos que são muito amplos. Eles acabam tendo outros efeitos e a gente tem tido dificuldade de conversar sobre os danos que isso pode produzir, as limitações e o diagnóstico.

Gustavo:

É um pouco esse o meu percurso, continuar atento aos problemas que a gente tem produzido e vivendo essas dificuldades e problemas. Essa abordagem e outras, acho que estão bastante atuais e importantes na rede como um todo.

Cadernos:

Gustavo, eu acho que tu trazes para nós diversas provocações aqui, questões bastante importantes para que a gente possa construir. Essa discussão a respeito da clínica ampliada e para compreender os processos de saúde, adoecimento dos sujeitos também. Então, acho que nesse momento a gente gostaria até de te pedir assim, se pudesse alargar um pouquinho mais essa discussão desse conceito, até transitando um pouco pelo próprio livro que tu trás na discussão da construção da campanha ampliada na atenção básica para a gente poder investir um pouquinho mais nessa discussão.

Gustavo:

Qual aspecto que você quer que eu aborde um pouco mais?

Cadernos:

A própria questão da construção da clínica ampliada em termos mais conceituais, a tua compreensão, a discussão, essa tua caminhada, muito no sentido de alargar um pouco mais esse conceito, tu trazes um pouco essa discussão da questão de transitar por diferentes áreas. Eu acho que para nós é super importante, o quão caro essa discussão é para as questões de pensar a saúde do sujeito como um todo.

Gustavo:

Então assim, eu acho que atenção primária, ela tem um lugar bastante especial para a gente pensar uma clínica, porque atenção pri-

mária deveria ser um lugar que não está tomado por um recorte a priori. Ela deveria ser um lugar que tem a potencialidade de olhar as pessoas independente das pessoas estarem doentes ou não, ou delas estarem sendo acompanhadas em outros serviços ou não. A atenção primária tem ali aquela responsabilidade de estar olhando para as pessoas e estar fazendo uma conta. Do ponto de vista ali da pessoa, suas relações imediatas, sua agente social, sua família, seu território. Ela está, digamos assim, aumentando sua saúde no sentido amplo ou não, a partir de todos os problemas que ela traz e as intervenções que são feitas.

Gustavo:

Então a atenção primária, tem um lugar muito especial e ela traz contribuições para toda a rede, potencialmente muito importantes, porque ela tá convidada pelo tipo de compromisso que ela tem. Ela traz uma provocação para ela mesmo, para uma clínica diferente, e traz uma convocação para a rede, principalmente na medida que ela deveria se relacionar com a rede para construir um projeto terapêutico que contemple. Ela precisaria estar conversando com todo mundo que é no cuidado de alguém, que está sob sua responsabilidade. A atenção primária tem um lugar é potencialmente especial na prática clínica, em relação à rede. Porque a rede, ela tende a ser tomada por determinadas especificidades. Então, um ambulatório de psicologia tem um recorde, né? As pessoas vão a esse ambulatório a partir de um recorte, e a atenção primária tem essa perspectiva.

Gustavo:

Do ponto de vista da formulação da clínica ampliada a gente trabalha com vários aportes, um dos aportes que eu não consigo evitar de falar aqui para vocês, pois é muito próximo de vocês, é o aporte, obviamente, da psicanálise. Então a psicanálise, por um lado ela traz uma questão que é muito antiga, mas extremamente atual e cada vez mais atual. Que é de uma clínica que ela para se efetivar, ela precisa que o outro construa um caminho.

Então essa ideia, é uma ideia que é muito forte na psicanálise, desde as suas origens. Mas é a ideia de que não é possível fazer uma clínica para o outro, sendo outro, e apesar do outro. Eu vou fazer alguma coisa, mas é alguma coisa que é muito empobrecida do ponto de vista da saúde mental. Mas essa ideia no plano da clínica, de uma forma

geral, é uma ideia muito importante, mesmo em situações que se destaca muito esse plano de biológico, é que a gente tem muito o que fazer junto com a pessoa e a sua rede social.

Gustavo:

E outra ideia muito importante do ponto de vista da clínica ampliada, é o reconhecimento de que existe um inconsciente, de que existem afetos. E que esses afetos, eles precisam ser reconhecidos pelos profissionais. Então provavelmente isso para vocês, parece uma coisa muito elementar e para a saúde mental é muito elementar. Mas em pontos de vista é do que é dominante nas práticas clínicas, isso não é elementar, e o contrário é elementar né?

Gustavo:

Eu posso objetivar, eu sou neutro, eu posso lidar de uma forma que eu estou distante e protegido dos afetos que a relação clínica vai me trazer ideias e das questões que fluem nas relações clínicas e interprofissionais, e que estão inconscientes. Inclusive as relações institucionais

Gustavo:

Então a clínica ampliada vai trazer um pouco desse aporte da psicanálise e vai falar: “olha, não tem jeito, a gente vai ter que lidar com isso” e a gente vai lidar melhor se a gente lidar junto e a gente vai lidar melhor se a gente não colocar embaixo do tapete, não no fingir que essas coisas não existem, que não nos afetam, que a gente não tem dificuldades. Então, um espaço de equipe, um espaço de apoio, de supervisão, são privilegiados pra gente poder lidar com essa dimensão da subjetividade, que tem um componente institucional, que tem um componente gerencial, que tem um componente individual dos profissionais, tem um componente das corporações profissionais que tendem a olhar determinadas maneiras determinados tipos de de situação.

Gustavo:

Esse é um aspecto muito importante e, embora a psicanálise seja muitos mundos e sejamos muito diferentes, esses aspectos elementares e fundamentais ainda são muito importantes para a maioria dos profissionais e essa é uma ideia muito importante.

Gustavo:

Ainda em relação a esse comentário, da dimensão do acolhimento, que para a atenção primária é muito importante e para a saúde mental também, que tem a ver com estar presente, de poder oferecer um suporte, com uma certa disponibilidade de suportar inclusive, suportar a negação, os conflitos, a negação do adoecimento, a negação do ao tratamento, tudo isso é muito amparado por Winnicott e a gente tem proximidade com essa força que os profissionais têm de estarem presentes e disponíveis para uma escuro.

Gustavo:

E a gente verifica que isso tem um efeito muito grande e que esse tipo de elaboração de uma das vertentes da psicanálise é importante na Clínica Ampliada.

Gustavo:

Outra parte que é muito importante é a questão dos saberes. A produção de conhecimento tem um conjunto de filósofos que fazem uma crítica à ideia de verdade absoluta, tomando determinado conhecimento como, a priori, mais válido. Então é a necessidade que a gente tem de lidar com pessoas a partir daquela da hipótese que o Gastão levanta, a partir da primeira vez que ele pensa na clínica dos sujeitos, sobre dialogar com críticas à produção de conhecimento científico para poder fazer clínica.

Gustavo:

Se a gente admite que não tem um olhar que é suficiente, pelo menos o tempo todo, não tem um recorte, um paradigma, uma lente que seja suficiente o tempo todo para dar conta da complexidade das pessoas na sua singularidade, a gente precisa ser capaz de transitar entre olhares entre paradigmas, de reconhecer que existem outros olhares possíveis e que esses outros olhares, em determinados momentos, podem ser mais importantes, embora às vezes eles sejam úteis apenas para aquela situação específica, para aquela pessoa específica naquele momento de vida.

Gustavo:

Eu sempre brinco que quanto melhor é um projeto terapêutico, menos evidências teremos das condutas que a gente vai pensar para ele.

Gustavo:

Na cultura biomédica de hoje, isso parece uma heresia: “mas como que você vai tomar a conduta sem evidência?”. Mas não é que você seja contra as evidências, só que a gente tem que ter uma crítica sobre como as evidências são produzidas.

Gustavo:

Tem uma pesquisadora da atenção primária, Barbara Starfield, que fala que para você produzir uma evidência, você tem que fazer ensaio clínico, a amostra tem que ser homogênea e você tem que excluir pessoas que tenham fatores de confundimento.

Gustavo:

Mas quando você está lidando com pessoas reais, os estudos têm limitações para falar sobre aquela pessoa real, porque as pessoas reais muitas vezes não traduzem estudos. Não porque os estudos sejam ruins, mas porque às vezes os resultados não são tão evidentes. Então, por exemplo, quando a gente fala de dados muito óbvios, como morreu ou não morreu, internou ou internou, teve melhora ou não, aderiu ao tratamento ou não, essas são coisas muito mais fáceis de você expressar.

Gustavo:

Eu sempre me lembro o Oliver Sacks tem um livro em que ele começa contando que ele tinha um paciente com epilepsia que ninguém mais queria trabalhar com ele. Esse paciente não tomava medicação porque era músico e a medicação o atrapalhava o rendimento dele. E aí ele fazia uma coisa que do ponto de vista neurológico é um absurdo, que era um acordo de nos dias que o paciente ia a se apresentar, ele não tomasse a medicação.

Gustavo:

Então você adequar uma conduta para a singularidade de uma pessoa, não significa que você está propondo que vai fazer isso para todas as pessoas. Mas você não vai buscar evidências necessariamente, como fazer um estudo com todos os músicos que têm epilepsia para ver se faz sentido esse tipo de coisa.

Gustavo:

Quando a gente tá falando de projeto singular, a gente tá falando de como a gente estrutura um conjunto de propostas que fazem mui-

to sentido para uma pessoa, mas que talvez não faz sentido algum para outra. Em todo caso, a gente sai do lugar de querer falar uma verdade, de uma “vontade de verdade”, como diz o Nietzsche, uma verdade como se fosse uma moral.

Gustavo:

A gente precisa estar muito atento com uma crítica ao saber e a uma relação que a gente como profissional muitas vezes estabelece com determinado saber, que nos faz desconsiderar o outro e outros profissionais, junto com outros saberes. Então é uma dimensão importante que a gente precisa parar para pensar na prática clínica sobre como lidar com saberes e os limites deles, inclusive como reconhecer conhecimentos que são produzidos em outras cosmologias, de outras nacionalidades médicas, e que, apesar de não terem nenhum tipo de diálogo com, por exemplo, a medicina, conseguem ter uma resposta terapêutica.

Gustavo:

Nesses tempos, vejo um desafio que se coloca também em toda essa tradição crítica. Eu me lembro que há muitas décadas existe toda uma crítica, por exemplo, no modo como a indústria farmacêutica funciona, como ela financia os estudos sobre medicações. Isso tudo é muito antigo e as propostas para lidar com isso são muito antigas também. E sempre se defendeu que a gente precisa ter estudos que não tenham conflito de interesse, que não sejam financiados.

Gustavo:

Estou falando dos ensaios clínicos, dos estudos de medicação, de terapêuticas que grandes vendedores estão implicados no financiamento. Então sempre se criticou esse tipo de estudo e sempre se propôs uma alternativa como o financiamento público de pesquisa para se ter mais segurança de que essas pesquisas não são influenciadas pelo pagador.

Gustavo:

E hoje em dia não tem pesquisas com o banco de dados. Grandes indústrias fazem estudos multicêntricos no mundo todo com pequenos grupos de pessoas, em cada canto do mundo. Depois elas juntam os dados, mas não publicam o banco de dados inteiro.

Gustavo:

Esse tipo de crítica que sempre nos levou a ser atentos à tendência a intervenções que são feitas com esse tipo de estudo comprometido com a indústria farmacêutica. Também houve todo o momento político radical que a gente viveu, de pensar que esses estudos não valiam nada, não prestavam. Então a gente precisa defender um outro lugar, com crítica, mas sem simplesmente jogar tudo fora, porque o conhecimento biomédico tem o seu valor também.

Gustavo:

Eu gosto muito de dar o exemplo, que no caso do Brasil é um exemplo muito drástico, que é a questão do cuidado ao parto. Nós temos taxas de parte cirúrgico altíssimas, não é médio no Brasil. Mas isso não significa que o parto cirúrgico não seja uma coisa fantástica, pois é uma das melhores invenções que a humanidade já já produziu foi o parto cirúrgico, se a gente imaginar o quanto era drástico a porcentagem de crianças e bebês que iam para parto normal e que morriam.

Gustavo:

Então o parto cirúrgico é uma invenção fantástica e que não para pela nossa cabeça jogar fora essa invenção. Mas isso não significa que a gente não deva fazer uma crítica ao banco cultural que se produziu ao desestimular e criar uma cultura que é antagônica ao parto natural. Aos danos que o próprio procedimento em massa e sem indicação produz, para os bebês e para as mulheres. A gente vive um momento em que precisamos fazer uma crítica, mas também defender um lugar em que fazer a crítica não significa que a gente está jogando fora o que tem de positivo, o que demonstra resultado. A gente está querendo evitar e iatrogenia, está querendo evitar danos.

Gustavo:

Eu vou poder dar muitos exemplos em que a gente precisa fazer uma crítica, por exemplo. Mas é muito difícil a gente encontrar estudos para falar em outro exemplo bem concreto: é difícil encontrarmos estudos sobre a medicalização do colesterol, das alterações lipídicas, que não sejam financiados pela indústria farmacêutica, que não estejam com arquivos fechados. No entanto as pessoas continuam prescrevendo como se fosse uma verdade absoluta, como se

não merecesse crítica. A gente não está dizendo que que não tenha que ter um cuidado, que não tem problemas, mas a gente está dizendo que precisa ter dúvida.

Gustavo:

Acredito que estamos em um momento que a gente precisa retomar esse lugar, que é preciso ter crítica, é preciso ter dúvida, em relação ao conhecimento científico em relação ao lugar do conhecimento, que é de poder, de silenciamento. Além disso, que é avesso a críticas, avesso a dúvidas. E na saúde a gente vê que ser avesso a dúvidas, avesso a prudência, leva a problemas. Então, do ponto de vista do conhecimento, a gente está em um momento bastante delicado, em que a gente precisa fazer crítica à Biomedicina, mas isso não significa que a gente deseje eliminar as coisas que tem que importância, que conseguem demonstrar resultados e práticas.

Cadernos:

Diante da amplitude da própria proposta, eu acho que tu vens destacando na tua fala diversos pontos que também nos convocam, nos provocam a diversos questionamentos, tu trazes a questão de uma clínica ampliada que está para além do foco da doença, dos medicamentos, do tratamento. Depois veio trazendo uma construção do próprio projeto singular, aquilo que faz sentido para a pessoa, o que o contexto vai trazendo, olhar para a prática da clínica, para a relação com os saberes. Eu acho que essa discussão, essa construção da tua fala, seguindo nessa linha, olha para as questões de também podermos nos permitir questionar o conhecimento e os saberes científicos. Acho que para nós é super importante na Academia, uma vez que a gente precisa pensar em questionar essas questões.

Cadernos:

E aí, já trazendo um pouco das nossas provocações para que tu possa contribuir um pouquinho conosco, Gustavo, como que o SUS pode acolher e compreender uma clínica ampliada? Como que tu percebes essas questões? Olhando também para própria construção dos desafios e das possibilidades de se pensar uma clínica ampliada no Brasil, por exemplo, diante de tantas adversidades que nós percebemos ao longo do mundo?

Gustavo:

Então, a gente está muito, muito curioso por conta de todo esse avanço da inteligência artificial, da saúde digital. Estão se desenvolvendo programas e aplicativos que supostamente vão fazer abordagens e cuidados clínicos, então a gente está em um momento em que algumas coisas vão ficando mais claras, né? Primeiro que tudo que vai se produzindo em termos de protocolo, em termos de inteligência artificial, está baseado numa leitura que aborda as médias. Os estudos, que são os ensaios clínicos, são os estudos que avaliam o efeito das intervenções. Eu acho que a gente tá num momento muito interessante, porque tudo que a gente sempre defendeu que era limitado, que a gente dizia assim: olha determinadas práticas são muito limitadas, elas não têm o alcance que é necessário para cuidar das pessoas, para ter um impacto, ter adesão, evitar danos, lidar com conflitos, produzir uma adesão dos trabalhadores e dos usuários dos serviços. Acredito que uma das coisas que está ficando evidente é o trabalho mal feito da prática clínica, independente de ser no setor público ou no setor privado.

Gustavo:

O trabalho mal feito, um trabalho, digamos assim, centrado na doença, a inteligência artificial vai fazer. Ou seja, apontar a principal hipótese que os sintomas trazem, a inteligência artificial vai fazer. E como os algoritmos vão funcionar, que interesses eles vão atender, isso vai ser uma questão que está colocada para todos nós, não só na área da saúde. Mas enfim, o que os algoritmos fazem conosco e quem define pra onde vai o algoritmo, por exemplo. Uma discussão está colocada nas grandes máquinas, para o Google, para o YouTube, porque eles são editores, né? Eles definem o que as pessoas vão ver, eles definem o que vai ser visto e, portanto, eles definem um conjunto de movimentos coletivos.

Gustavo:

Da mesma forma os algoritmos da saúde, eles vão estar implicados mais ou menos com esse aspecto, digamos assim, mais duro da prática clínica. Então essa clínica centrada na doença, com o tempo, talvez ela não seja alguma coisa que diferencie muitos profissionais. O que as pessoas vão demandar de nós é uma clínica que seja capaz de fazer as duas coisas. que seja capaz de entender o problema do

ponto de vista do que existe de conhecimento, sob vários focos, sob vários enfoques e paradigmas para aquela situação, e, ao mesmo tempo, trabalhar com questões que são singulares e, portanto, não estão prescritas a priori, que vão ser inventadas ali.

Gustavo:

Tinha um poema da Cecília Meirelles que falava assim: “a vida só é possível reinventada”. Então a clínica também. Ela tem uma parte enorme que ela tem que ser singular, ela tem que ser inventada ali, naquele diálogo, naquela construção. E tem que ser um caminho singular. A gente está num momento que é interessante, no sentido de explicitar que existe uma outra coisa que os profissionais fazem, que não é seguir protocolos, que não é seguir a “receita” de bolo, né? E se ele não fazem isso, enfim... Tem um computador que vai fazer, para dizer qual que é a probabilidade maior e qual a segunda probabilidade e quais são as condutas pra uma e pra outra. O computador diz, não é, assim como a gente olha os protocolos, os guias, os livros, para tomar decisões, mas o trabalho do profissional é mais do que isso. É um trabalho interpessoal, trabalho em que tem ali uma produção de uma relação clínica, então isso traz uma questão que ela é muito importante.

Gustavo:

Uma outra questão que está misturada com isso, e que é uma questão que a clínica ampliada traz muito forte, é a questão política, dos poderes, das relações de poder. Então, as relações entre os profissionais são relações de poder. As relações entre as instituições e as pessoas, elas são relações de poder. E as relações entre os profissionais e a instituição que eles estão, também são relações de poder. Então tem todo um conjunto de decisões gerenciais, por exemplo, que define quantidade, modo de funcionamento, a quantidade de atendimentos, cardápio de ofertas. É todo um conjunto de coisas que determina, também influencia a prática clínica e a capacidade dos profissionais e dos serviços. Aí entra na especificidade muito importante do SUS, quando a gente vê a lei 8080, a primeira função do SUS, o primeiro objetivo do SUS, é perceber e divulgar os determinantes sociais em saúde, a gente perceber que outros fatores estão produzindo adoecimento.

Gustavo:

Por exemplo, hoje tem toda uma avalanche de ampliação do escopo de determinados problemas de saúde mental na infância que encaixam adultos e crianças em praticamente tudo, de algum transtorno você não escapa. E eu, pelo menos não escapo de vários. Mas assim, qual que é a situação, qual é o tempo que hoje, com o modelo de trabalho que a gente tem na sociedade, com a precarização do trabalho, com o tipo de organização que a gente tem com o sistema de transporte, com a carga horária de trabalho, com a cidade que a gente tem, qual que é o tempo que as famílias têm para ficar com as crianças?

Gustavo:

Então a gente comprou sinal de saúde e nem sabe disso. E como a gente tem menos tempo do que a gente gostaria, profissionais da saúde, em geral, trabalham muito também. É então é um conjunto de determinantes e de contextos sociais que produzem sofrimento, produzem dificuldades para as crianças. Dificuldades de vários tipos e elas permeiam, elas, apresentam essas dificuldades, mas e aí quanto que não é olhar para essas dificuldades estruturais, para esses problemas estruturais e individualizar problemas convertidos em diagnósticos. E isso é uma coisa que a elite já dizia na década de 70, que uma das funções do diagnóstico era camuflar problemas sociais, inventar diagnósticos era uma forma de você camuflar e esconder problemas coletivos. Então se individualiza o problema, aquilo vira um problema individual, misterioso ou com causas biológicas, genéticas, sei lá o quê, e você escamoteia, você esconde da própria sociedade as causas coletivas. Então, na saúde coletiva, quando a gente tem um problema que é muito frequente, em geral ele tem causas coletivas, a gente sempre parte desse princípio. E ali estão colocados em relações de poder sociais, então existem na sociedade relações de poder entre as classes sociais, entre os grupos sociais, entre os gêneros, né? E essas relações de poder, elas muitas vezes são minimizadas pela prática clínica, não que seja possível em termos individuais a gente colocar essas questões todo o tempo, mas é necessário que a gente possa ter isso em mente e pensar como atuar coletivamente sobre problemas coletivos, né?

Pensando, por exemplo, a partir da atenção primária, ela tem uma responsabilidade, ela tem condições de pautar problemas para o território, de pautar problemas para os outros setores da área pública, de pautar problemas para o próprio SUS e pensar em como lidar com eles, né? O exemplo mais antigo que a gente tem, que é um exemplo paradigmático, mas que vai para outros problemas menos óbvios é quando a gente pensa no problema de saneamento básico, o conjunto de doenças e problemas de saúde que isso pode produzir uma comunidade, com doenças agudas e de vários tipos, além da busca e procura das pessoas pelo serviço de saúde. Você pode, por exemplo, fazer ações educativas, que ajudem as pessoas a lidar com aquele determinante, no sentido de consumir água, de não andar descalço no esgoto, enfim. Mas você sabe que a solução, digamos assim, determinante e mais importante é que aquelas pessoas tenham acesso a um direito básico, que é água tratada, esgoto, só que isso não é da sua alçada como profissional de saúde, nem como serviço de saúde. Mas isso tem que estar no seu horizonte, porque se não estiver no seu horizonte você está, digamos assim, pactuando com uma situação que, por mais eficaz que você seja nos cuidados paliativos, ela nunca vai ser tão eficaz quanto uma política pública de dar acesso à água tratada, esgoto e tal. Esse exemplo talvez seja muito óbvio e muito antigo, né? Ele serve pra outros problemas de saúde que tem forte determinante social e que muitas vezes a gente fica preso a uma abordagem individualizante, né? Então, é importante que a gente não reproduza na área da saúde, no SUS, as relações de poder que estão dadas socialmente, né? Então as pessoas adoecem por relações de trabalho, né, com a precarização, elas são cada vez mais adoecedoras. A gente percebe isso, a gente enxerga isso, mas a gente tem que dizer nisso, dizer isso nos canais e nos lugares em que a gente pode e deve dizer isso. E, muitas vezes, para as próprias pessoas que estão adoecendo. É importante elas saberem que aquilo não é só uma questão individual. É claro que quando um conjunto de pessoas estão submetidas a uma situação adoecedora, quem vai adoecer mais e quem vai adoecer primeiro são as pessoas mais vulneráveis. Então é lógico que tem motivos individuais que fazem aquelas pessoas adoecerem primeiro. Mas, a gente não pode deixar de olhar os motivos coletivos, né? E aí eu acho que o SUS tem uma potência que a gente ainda está por explorar toda a potência que o

SUS tem, porque o SUS é uma rede de serviços e ele tem serviços de vigilância, ele pode desdobrar ações que são maiores de grandes políticas públicas.

Então, basicamente, a gente precisa aprender a olhar determinado território, a olhar determinado problema, que é muito frequente, que é muito comum, que é muito prevalente e aprender a olhar políticas públicas fazendo diagnóstico das políticas públicas que estão ou co produzindo aquele é adoecimento ou faltantes, né? Então isso vai desde sei lá, né? Se a gente pensar num, sei lá pegar um problema, né, que é muito individualizado e não devia, né? Falando da obesidade, por exemplo, ela tem a ver com política agrícola, ela tem a ver com a política de transporte, ela tem a ver com carga horária de trabalho, ela tem a ver com política urbana, de acesso ao lazer, de praça, de política de segurança, né? Se tem iluminação, se tem... segurança mesmo para estar na rua. Política de trânsito, né? Então, você pega um tema e ele tem um conjunto de determinações que são diagnóstico de outras políticas públicas. E isso vale para vários problemas, problemas de saúde mental, né, com muita força. A gente viu depois da pandemia o aumento de problemas de saúde mental de uma forma geral, porque os problemas de saúde mental são caudatário assim... vão refletindo a nossa dinâmica social, né, nossa vida social e na medida que outras políticas públicas ou elas são feitas de forma a não buscar o melhor, né, a produção de saúde das pessoas ou, ao contrário, são feitas com um certo descaso com vida das pessoas. Isso vai produzindo adoecimento de vários tipos. E então a gente tem esse desafio de pensar as relações de poder, tanto nossas em relação aos usuários, a capacidade de fazer uma clínica que é compartilhada, que consegue dialogar, que consegue tomar decisão conjunta, que consegue entender as prioridades do outro. Mas, também, as relações de poder que estão na sociedade que precisam pelo menos que a gente não as invisibilize, né, não coloque debaixo do tapete através de um diagnóstico, de um processo de medicalização social. A gente vive, hoje, todo um processo, inclusive dentro das universidades, de adoecimento, de aumento de planos de saúde mental, mas num processo de medicalização muito forte, né? Então você tem drogas de rendimento para todo tipo de rendimentos que as pessoas quiserem. Você tem drogas que, a partir de um processo de medicalização de de ampliação do escopo

diagnóstico, se encaixa qualquer pessoa em qualquer diagnóstico e aí você tem uma demanda por um uso de substâncias que, de uma certa forma, atrapalham um processo de autoconhecimento ou de compreensão dos problemas e das causas do sofrimento, né? E não estou dizendo que as pessoas não estejam sofrendo e que as pessoas não tenham queixas, mas tô dizendo que há uma abordagem muito superficial dessas queixas, né, muito sintomática, por exemplo... de tirar o sintoma, “ah, tô com tal sintoma”, não tinha os sintomas, né? “Ah, não consigo dormir”, então toma o remédio e dorme. “Ah não consigo acordar”, então toma um remédio e acorda. Então, isso vale a é pra tudo, para o trabalho, para a vida afetiva, para tudo. A gente está num momento em que esse tipo de alienação se contrapõe a clínica que tem um certo compromisso com a produção de autonomia, com a compreensão dos problemas, com a causa em ajudar as pessoas a se compreenderem, a participarem do processo terapêutico, né? E entenderem, inclusive como que elas estão fazendo parte de um processo que é maior do que elas. Então, essa energia, essa missão que eu acho que a clínica ampliada traz que são as relações de poder. E como a gente está sempre pensando a pólis, né? A nossa relação na pólis, portanto, clínica e política, né? Elas têm uma intersecção muito grande, né? A gente está sempre nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os pacientes, até as relações entre os profissionais e os gestores das instituições, os pacientes e a sociedade. Nessas Então a gente está imerso em relações de poder e a gente precisa estar atento a isso, né? Então, essa uma outra linha de trabalho, né, da prática de como a gente pensa a clínica ampliada é olhar para as relações de poder.

Cadernos:

Nós tínhamos um roteiro, mas tua fala foi compondo de uma maneira excelente. Todas as questões que tínhamos pensando foram respondidas. Na medida em que tu foi colocando toda a tua experiência junto com o desenvolvimento do tema clínica ampliada. Queremos agradecer muito pela tua possibilidade de estar aqui falando conosco. Gostaria também de poder te perguntar: como que tu pensa que poderíamos finalizar esse encontro? Considerando a possibilidade de seguir pensando sobre esse conceito da clínica ampliada num serviço escola que prima também pela formação dessas pessoas, desses profissionais que vão se inserir dentro da da saúde

pública, dentro das suas práticas. Então, que mensagem que tu deixarias para nós para que possamos seguir investindo dentro dessa temática e no trabalho e de uma clínica ampliada também.

Gustavo:

Então, uma coisa que eu acho que vocês têm como tarefa assim falando de uma saúde mental, de uma forma geral, né. Os profissionais de saúde que não são da saúde mental, eles são interlocutores privilegiados assim de vocês, né, da saúde mental como um todo, no sentido de que tem coisas que são muito, como eu falei no começo, né, coisas são muito preciosas, são muito elementares para vocês, são muito difíceis para a maioria dos profissionais por conta do tipo de formação, é que predomina ainda na maioria das profissões Biomédicas. Então o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, ele vem de uma formação que traz muitas dificuldades para eles de lidar com afetos, de lidar com o inconsciente com pessoas para além do diagnóstico biomédico e do recorte diagnóstico, né? Então, a gente tem entre os profissionais biomédicos, uma cultura muito forte do diagnóstico e da conduta biomédica como se isso fosse um objeto de trabalho. Como se faz? É a partir da doença e não das pessoas que eventualmente eu consigo cuidar melhor. Se eu tiver um diagnóstico, ou seja, a doença, como um instrumento de trabalho e não como objeto de trabalho. Então, eu acho que a saúde mental, ela tem uma tarefa que é uma tarefa muito difícil que é de uma educação permanente dos profissionais no sentido de ajudá-los a incorporar, fazer um apoio no sentido deles incorporarem ferramentas de abordagem das pessoas que é são muito elementares para a saúde mental, mas que são muito pouco conhecidas e utilizadas pelos profissionais em geral. Então a ideia de trabalhar em rede significa, do ponto de vista da saúde mental, como conseguir ajudar as equipes, como conseguir ajudar os profissionais a compreenderem melhor as pessoas, compreenderem melhor o que está acontecendo com as pessoas que adoecem, o que está acontecendo com as dificuldades que elas têm de lidar com esse adoecimento, o que está acontecendo com a relação clínica, né? Então esses dias a gente tava discutindo um caso, eu tinha uma paciente com tuberculose que se recusa a tomar medicação. Se recusa entre aspas, ela tem um conjunto de queixas que não estão na lista de efeitos colaterais da das medicações. E isso é muito perturbador para as equipes, né? Alguém que está

com uma doença tá evoluindo mal com a doença e não consegue ou não quer fazer um tratamento, né? Então, isso é extremamente perturbador. E os funcionários muitas vezes não tem recursos para lidar com isso. Eles não sabem o que fazer, né? Porque eles estão tomados muito assim, “a minha tarefa é, tem um diagnóstico Eu dou o remédio”. E quando isso não funciona, isso gera uma crise que acaba gerando um conflito, em vez de um acolhimento, né, um rechaço, um ataque ao paciente. Vou dar um exemplo estranho, mas assim, eu acho que é a saúde mental tem uma tarefa para além dos pacientes é que é um diálogo, um apoio aos cuidadores de outras áreas, da Biomedicina, no sentido de ajudar nessa formação, nesse manejo para além dessas ferramentas que são os que, em geral, os profissionais é, valorizam mais, e muitas vezes são as únicas que eles têm e que isso gera muita limitação, gera muita dificuldade, gera muito etrogenia. Gera muita frustração dos dois lados. Não é tanto entre os profissionais quanto para os pacientes.

Gustavo:

Então eu acho que a saúde mental tem essa tarefa de fazer um apoio, de ajudar os profissionais a perceberem que eles podem lidar com os afetos, inclusive os próprios afetos, de frustração, de medo, da morte, de identificação de medo do adoecimento de frustração de uma maneira é que eles não precisem é sucumbir junto com o paciente, né? Eles podem não precisar ficar se defendendo o tempo todo das dores e precisam estar focalizando e negando que existe além de um diagnóstico biomédico de uma pessoa de saúde, de seus desejos, nas suas questões. Então eu acho que isso é uma tarefa que a saúde mental tem, porque ela traz isso na sua formação. Mas, isso não está na prática clínica dos outros profissionais e isso gera muito problema, né? Isso gera muito problema para as pessoas, gera muito problema para os profissionais, gera muita medicalização. É, então acho que isso é um desafio e não é fácil, não é fácil, e é um desafio que a saúde mental tem pra lidar pra trabalhar em rede, é um desafio de apoiar mesmo, né?

Gustavo:

Então, não sei, eu acho que é um fechamento com questões que me agonia nesse momento, enfim, tá muito difícil por várias questões estruturais, inclusive, né? Mas, culturais também do ponto de vista

dos desafios, né? Do conhecimento, do modo como a gente tem lidado com as questões da ciência, com as questões de poder. Então é. Acho que essa contribuição ela é vital na verdade, né? Assim como a clínica ampliada sempre, né?

Gustavo:

Se constitui um diálogo com toda a produção da saúde, muito mal, principalmente da reforma psiquiátrica, né? Ela continua sendo fundamental para a clínica ampliada, então não tem como pensar em clínica ampliada em todo esse aporte, né? Da psicanálise com todas as suas infinitas e profundas diferenças entre as várias linhas, mas, ainda assim, juntando todas elas é são fundamentais pra gente pensar os desafios e os problemas que a gente tem no cotidiano, né? Nos serviços de saúde, ainda que a gente precise superar essa dicotomia, né? De mente e corpo, né? Que é uma dicotomia que tem as suas funções, mas que também a gente sabe que tem muitas limitações, né, inclusive. Até do ponto de vista neuroendócrina a gente sabe que é uma dicotomia falsa, né? Mas é. É Ela ainda é muito forte. E a gente precisa ajudar a lidar com os limites que ela traz não é? É essa separação radical, né? Mente e corpo, ela é antiga, mas ainda é muito forte e que ainda permite que uma parte, né? Do sistema de saúde, trabalhe como se estivesse lidando, como se tivesse consertando carro, né? De uma forma mecanicista e objetivadora, né, então? É, eu acho que é isso. Talvez, se vocês quiserem comentar ou perguntar alguma coisa. Estou à disposição.

Cadernos:

É muito instigante te ouvir e as coisas que tu trazes são muito presentes no nosso cotidiano no dia a dia sendo trazes realmente esses conceitos e essas indagações e essas verdades no sentido daquele dia a dia que a gente se defronta. Então, assim, nos toca profundamente, a mim pelo menos muito. Porque a gente se depara com tudo isso a cada momento, em cada acolhimento, em cada atendimento. E acho que essas indagações, ela sempre tem que persistir. Porque, enfim, estamos trabalhando com sujeitos, cada sujeito tem sua particularidade, sua subjetividade e essa relação, se coloca sempre de uma forma diferente. E eu fiquei pensando em tudo o que tu fosse falando. E, trago também. É claro que acho que isso daria uma outra conversa. Porque eu acho que a gente também se sente muito

convocado como serviço na nossa cidade, porque a gente ocupa um lugar que não somos SUS como eu falei no início. Então, somos uma entidade privada de atendimento ao público. E isso nos coloca muitas vezes num lugar onde a gente procura dar conta de alguns serviços que, no próprio SUS a gente não encontra e aí isso também nos convoca para uma outra situação que muitas vezes eu vejo que isso que tu está se referindo aos outros profissionais, a gente tem que dar conta com relação a gente mesmo. Uma postura, enfim, às vezes salvadora, às vezes de querer dar conta daquilo que o próprio sistema não dá. Da própria indagação se somos ou não somos rede. Então isso vai nos colocando na prática, na forma como a gente vai desenvolvendo as novas atividades, como a gente vai se relacionando com a própria rede, com os próprios usuários. Como que isso vai se colocando ali nessa relação estabelecida. Então, nesse exemplo que tu trazes que é um exemplo dramático. Da própria paciente não querer fazer o uso da sua medicação, enfim, a gente tem exemplos, talvez não tão dramáticos quanto esses, mas das pessoas de alguma forma procurarem acolhimento, mas não se manterem no tratamento. Então, assim, o que as faz estarem ali no acolhimento, mas que não faz com que continuem. E aí a gente se vê muitas vezes em situações em que parece que nós queremos que ela se mantenha e ela, na verdade, de alguma forma ela não se mantém.

Cadernos:

Nos perguntamos: teria o acolhimento servido para aquilo? Seria esse o momento de suportabilidade estar simplesmente no acolhimento, mas não mais do que isso. Então, essas indagações, que tu trazes de forma tão clara, pra mim pelo menos tiveram um eco imenso assim, em termos de possibilidades de discussão, para além daquilo que a gente já vem fazendo e tentando avançar em vários pontos do próprio serviço das nossas relações. Com as questões diagnósticas, com as questões subjetivas, com as questões das evidências, com a questão de preservar cada um da sua forma mais peculiar e subjetiva possível, ao mesmo tempo em que se atende uma grande comunidade. Com a formação dos nossos estagiários, que é óbvio que estamos todos em formação, mas em momentos diferentes dessa formação. Então, são muitas questões que tu nos trazes. E, obviamente, dentro de uma trajetória, em um percurso já onde tudo isso se coloca, mas enfim, segue também dúvidas

e incômodos. Muitos incômodos. Gustavo, eu acho que a gente de alguma forma partilha contigo esses incômodos. Mas é bom também saber que não estamos sós, não é nessa angústia, enfim, então, de alguma maneira, assim muito especial fazer um agradecimento. Assim, foi muito bom te ouvir muito bom assim, a dar um alento saber né, das tuas colocações, das tuas palavras é não, não sossega, o coração não fica sossegado, fica desassossegado mas enfim, eu acho que esses desassossegos nos servem. Como já nos serviram em outro momento assim para consegui ir adiante para seguir pensando cada vez mais na formação. Sendo esse um serviço também de formação e de quanta coisa a gente. Tem pela frente e isso é bom, isso instiga isso dá sempre. Um aquecimento no desejo de prosseguir de cada vez, fazer o melhor pelos nossos sujeitos, sejam eles que são os que estão em formação. E aqueles a quem se dirige o nosso trabalho de enfim de atendimento. Eu acho que é isso assim que eu tinha para pensar mais. Te digo de alguma forma, assim de toda essa minha...

Gustavo:

Deixa eu compartilhar com você uma você tem está dizendo que tem cinco minutos, não é? Mas eu acho que esse lugar da pessoa sabendo que ela tem um lugar que se ela precisar ela pode ir, só isso é muito fortalecedor. Então, eu não tomaria como um coisa ruim. Isso tem um lugar, e a gente teve experiências aqui como um apoiador de saúde mental de fazer isso assim, de olha é em vez de deixar uma fila para muito tempo, mas conseguir acolher rapidamente e perceber que muitas pessoas têm esse uso assim, olha, não, eu não vou fazer uso, mas quando eu sei o que eu preciso o fato de saber que está ali já me dá uma segurança que me dá força de lidar com as coisas de uma outra maneira. Então, isso a gente tem verificado em vários lugares e de várias maneiras como isso é terapêutico como às vezes é a gente poder estar, é fazendo uma visita domiciliar e fazendo um acolhimento só isso dispara um movimento impressionante e a pessoa saber que ela pode contar. Às vezes ela vai duas, três vezes, mas ela para. Mas só que isso já é uma, isso tem um efeito, viu? Isso é muito importante, por isso, que acho que essa questão do acolhimento eu não me preocuparia não com as pessoas que não continuam, acho que elas vão fazer esse uso né? sabendo que elas podem contar, isso tem um efeito muito grande ainda mais no mundo de

hoje, né? Que a gente, o urbano, ele é muito solitário na multidão, não é? Então, acho que tem um lugar especial essa possibilidade de acolhimento, né?

Cadernos:

Só temos a agradecer também a oportunidade de te ouvir, Gustavo, e faço das palavras da Rosana, eu acho que as minhas, as nossas, enfim, no sentido de que o encontro contigo hoje, consegue reafirmar desde as questões éticas até as questões políticas. E técnicas do fazer, assim como a gente vem de alguma maneira perseguindo. Então, enfim, acho que só para manifestar que foi ótimo, enfim, e te agradecer, agradecer a tua generosidade.

Gustavo:

Tá bom, gente, eu que agradeço poder conversar com vocês, fico feliz que vocês estão seguindo, pensando sobre os desafios do cotidiano. Agradeço também muito e fico à disposição de vocês quando quiserem conversar.

Cadernos:

Obrigada.



CASA LEIRIA
Rua do Parque, 470
São Leopoldo-RS Brasil
casaleiria@casaleiria.com.br

O Programa de Atenção Ampliada à Saúde (PAAS) é o serviço escola interdisciplinar na área da saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Se constitui como um campo de práticas de ensino e formação, pesquisa e ações extensionistas que buscam realizar ações em saúde, articulando-se às diferentes necessidades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação de Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. Também realiza uma interface com os demais projetos de ação social da universidade. Tem como objetivo promover práticas de cuidado dirigidas à população vulnerável e de risco social de São Leopoldo na relação com a rede de atenção em saúde e demais políticas públicas. Ao mesmo tempo, na afirmação do caráter ampliado da ação em saúde busca contribuir com as políticas públicas de saúde participando de conselhos municipais, das redes de atenção socioassistencial e através da parceria com organizações governamentais e não governamentais. Desde 2015 vem produzindo a série Cadernos do PAAS como uma iniciativa para fomentar, divulgar e socializar produções realizadas pelos acadêmicos, professores e técnicos sobre sua prática em um serviço escola interdisciplinar, com o objetivo de contribuir para uma formação de profissionais comprometida com a ampliação da atenção e os princípios das políticas de saúde.

O Programa de Atenção Ampliada à Saúde (PAAS) está localizado no Centro de Cidadania e Ação Social da Unisinos (CCIAS), à Rua Brasil, nº 725, no centro de São Leopoldo/RS.

O atendimento está aberto ao público das 8h às 19h.

No telefone: (51) 3590-8418.

Nosso e-mail: paas@unisinos.br.

Facebook: [@PaasUnisinos](https://www.facebook.com/PaasUnisinos).

Instagram: [@paasunisinos](https://www.instagram.com/paasunisinos).



Iniciamos com muita força e entusiasmo, em 2015, a produção dos Cadernos do PAAS tendo presente o desejo de registrar por escrito a vida que acontecia no serviço. Queríamos contar nossa história de modo que ela se perpetuasse traduzindo o dinamismo de um cotidiano que sempre foi inquieto e inventivo em seu fazer. Assim, os desafios e os movimentos em busca de um trabalho que oportunizasse um maior cuidado em saúde à população atendida e uma formação de melhor qualidade aos estagiários das diferentes graduações que atuavam no serviço, possibilitaram ao longo dos volumes até aqui, os vários capítulos escritos e publicados. Também as transformações e criações experimentadas nas concepções, metodologias e atividades do PAAS integraram as produções como capítulos e volumes desses anos de dedicação a esse sonho transformado em realidade que tanto nos orgulha. E hoje, em 2023, chegamos ao décimo volume com o tema Clínica Ampliada. Motivo de sobra para ser um momento de comemoração e celebração da produção coletiva que marca todos os volumes do Cadernos do PAAS e confere a estas produções um lugar especial na trajetória do serviço escola e na vida de cada um que esteve conosco nesta aventura.