

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - FAGED
Curso de Especialização Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde

LAERTE ANTONIO E SILVA

“Era uma **casa** muito engraçada”

Relato de experiência de um tutor na
residência multiprofissional em saúde mental coletiva

Porto Alegre, 2013

LAERTE ANTONIO E SILVA

“Era uma **casa** muito engraçada”

Relato de experiência de um tutor na
residência multiprofissional em saúde mental coletiva

Trabalho de conclusão do curso Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Professora Doutora Eloá Rossoni

Porto Alegre, 2013

A Casa

Vinicius de Moraes

*Era uma casa muito engraçada
Não tinha teto, não tinha nada*

*Ninguém podia entrar nela, não
Porque na casa não tinha chão*

*Ninguém podia dormir na rede
Porque na casa não tinha parede*

*Ninguém podia fazer pipi
Porque penico não tinha ali*

*Mas era feita com muito esmero
Na rua dos bobos, número zero.*

Agradecimentos

*Aos professores e
funcionários do
Educa, colegas
e amigos, às residentes
do CAPS Santo Afonso e
especialmente
à orientadora deste trabalho,
professora Eloá.*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	IDENTIDADES PÓS-MODERNAS.....	8
3.	A NOVA CARTA CONSTITUCIONAL E O SUS.....	10
4.	O TERRITÓRIO SANTO AFONSO.....	12
5.	INGRESSO E EXPERIÊNCIAS NO CENÁRIO SANTO AFONSO.....	16
6.	PROJETOS EM EQUIPE.....	19
7.	CENÁRIOS DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES.....	23
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	28

RESUMO

As identidades na contemporaneidade estão em constante processo de transformação, provocando instabilidades e angústias com relação às noções de pertencimento. Considerando esta realidade como ponto de partida, o presente trabalho apresenta um relato de experiência com reflexões sobre minha trajetória, desde a chegada à equipe de Saúde Mental, como estagiário de Psicologia, na Unidade Básica de Saúde do bairro Santo Afonso, em Novo Hamburgo, no ano de 2006, até ocupar atualmente, psicólogo, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS -, no mesmo bairro, a função de tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Este programa de residência é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e têm como cenário de prática da formação em serviço o território vinculado ao CAPS. As reflexões que trago sobre meu papel de tutor têm como aporte teórico os escritos de Bauman e Hall sobre a construção de identidades na modernidade líquida, bem como as definições de tutor, preceptor, supervisor e mentor abordadas por autores vinculados à residência em saúde, além de portarias e resoluções dos Ministérios da Saúde e Educação. Para tecer considerações sobre os locais onde acontece a formação dos residentes, utilizam-se versos da composição musical “A Casa”, de Vinicius de Moraes, como pano de fundo. Para ilustrar o papel do tutor/preceptor utilizam-se analogias com os personagens do desenho animado “Os Apuros de Penélope”. Verificamos que há diferentes interpretações a respeito das denominações e atribuições de tutores e preceptores nas legislações que tratam destes termos, o que só faz, no nosso entender, confirmar a singularidade do momento histórico em que vivemos.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Saúde Mental. Tutor. Saúde Coletiva.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso apresenta um relato de experiência sobre a trajetória de um sujeito – eu próprio – desde minha chegada à equipe de Saúde Mental, como estagiário de Psicologia, na Unidade Básica de Saúde do bairro Santo Afonso, em Novo Hamburgo, no ano de 2006, até ocupar atualmente, Psicólogo, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS -, no mesmo bairro, a função de tutor de residentes.

O Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem como cenário de prática de sua pós-graduação este território onde trabalho vinculado ao CAPS. Porém, curiosamente, a primeira vez em que tomei contato com a palavra tutor foi no final dos anos 70, assistindo na televisão a um desenho animado que se chamava *Os Apuros de Penélope*. A história girava em torno das aventuras de uma jovem, herdeira de vasta fortuna e que era perseguida por Tião Gavião e seus comparsas, os irmãos Bacalhau. Eles atacavam Penélope sempre utilizando algum plano mirabolante como jogá-la de um avião, cortar seus paraquedas ou fazê-la cair dentro de uma jaula com animais selvagens, por exemplo. Tião Gavião buscava eliminar Penélope para ficar com a fortuna da jovem. Porém o que a inocente heroína desconhecia – e nunca tomou conhecimento - era que Tião Gavião na verdade se tratava de uma identidade secreta de seu tutor, um sujeito aparentemente gentil chamado Silvestre Solução.

Para enfrentar as situações de perigo nas quais era envolvida em várias partes do mundo, Penélope contava com o auxílio da Quadrilha de Morte, uns gângsters que ali atuavam como apoiadores dela. Contudo, o que acontecia em certas vezes era que as tentativas de salvamentos feitas pela Quadrilha de Morte se mostravam tão desastradas que os próprios acabavam se colocando em perigo e Penélope terminava arranjando soluções próprias para enfrentar as armadilhas elaboradas por seu tutor, um sujeito com duas caras, ou duas identidades. Lembrando disso e ignorando alguma leitura que pudesse soar apenas maniqueísta, pensei: quantas caras, afinal precisa ter um tutor? E por quantas denominações podem ser designados os profissionais que trabalham com a preparação daqueles que cuidam da saúde da população? Preceptor? Tutor?, Supervisor? Mentor?

Estas reflexões são importantes, pois neste instante busco analisar minha tentativa de construir uma identidade como tutor desses estudantes num momento histórico em que as identidades estão em crise, como se comenta. Para participarem desta discussão, entre outros autores, foram convidados dois que se debruçaram sobre esta temática, com afinco, já há algum tempo: Stuart Hall, figura renomada na área de estudos sociais e Zygmunt Bauman, sociólogo polonês, outra referência a respeito de estudos sobre a contemporaneidade. Por fim, mas iniciando, gostaria de dizer que este relato de experiência, dividido em introdução, desenvolvimento e considerações finais, tem como objetivo colaborar para uma reflexão a respeito do lugar, dentro de uma estrutura de ensino, que ocupa o tutor, este profissional que colabora com o aperfeiçoamento das habilidades daqueles que vão cuidar da saúde da população.

Na introdução deste trabalho apresento algumas pinceladas sobre meu início de trajetória como trabalhador da Saúde Mental no Território Santo Afonso, relato como fiz contato pela primeira vez com a palavra tutor e apresento alguns dos interlocutores utilizados como referências para a avaliação de aspectos da contemporaneidade, das identidades em crise, além de lançar indagações a respeito das denominações que recebem estes [tutores e preceptores] que acompanham a formação de profissionais que irão cuidar da saúde da população; no desenvolvimento faço uma apresentação de conceitos de identidade, desde o iluminismo até o atual momento histórico, conhecido como pós-modernidade, falo a respeito da criação do SUS e, na esteira de uma série de avanços no campo da cidadania, da implementação dos CAPs e nas características do Território Santo Afonso. Também compartilho episódios e a participação em projetos que fizeram parte de minha formação neste serviço. Ainda avalio a relação com os residentes, o contato destes com a equipe do serviço e os possíveis tensionamentos e encaminhamentos que podem ocorrer a partir daí. Já nas considerações finais procuro mostrar uma síntese do que entendo como sendo o papel do tutor na Residência, esta “Casa muito engraçada”.

2. IDENTIDADES PÓS-MODERNAS

Stuart Hall (2011) nos apresenta três idéias diferentes de identidade: uma do iluminismo, outra relacionada ao chamado sujeito sociológico e a última, a respeito do denominado sujeito pós-moderno. Para o iluminismo, a pessoa humana era concebida como totalmente centrada, dotada de consciência, razão e de ação e que este núcleo, algo interior, nasceria com o indivíduo, com ele se desenvolveria, mantendo-se inalterado durante sua existência. Já na concepção de sujeito sociológico considera-se a complexidade do mundo moderno e que este núcleo interior do sujeito não seria autônomo, mas formado na relação com outros sujeitos importantes para eles. Assim, nesta visão, a identidade é formada na interação do eu com a sociedade. Na concepção sociológica a identidade preenche o espaço entre o interior e o exterior, costurando o sujeito à estrutura, promovendo a estabilidade, tanto dos sujeitos como dos mundos, da cultura onde eles habitam, proporcionando que ambos sejam predizíveis, unificados.

Porém, segundo Hall (2011), essas condições estão mudando: o sujeito concebido como tendo uma identidade estável e unificada mostra-se fragmentado, composto não com uma, porém de várias identidades, algumas vezes contraditórias; os próprios processos de identificações pelos quais nós nos projetamos em nossas identidades culturais tornaram-se mais provisórios e problemáticos. Para o autor, este processo produz o chamado sujeito pós-moderno, caracterizado como não tendo uma identidade fixa. A identidade é definida não biologicamente mas historicamente, o sujeito assume várias identidades, em momentos diferentes. Bauman (2009), referindo-se a esta construção histórica chama-a de sociedade líquido-moderna. Nesta sociedade, as condições em que vivem seus membros mudam num tempo muito curto, não sendo possível que formas de agir se consolidem como rotinas, hábitos.

Bauman (2009) ressalta que a vida neste tipo de sociedade é uma vida precária, vivida em condições de incerteza constante. O que hoje é considerado bom amanhã poderá ser classificado como veneno, compromissos aparentemente sólidos podem ser rompidos de uma hora para outra. Tomando como referência o campo da educação, este autor, citando Jacek Wojciechoski, editor de um periódico polonês, aponta que em outros tempos um diploma universitário garantia ao sujeito um salvo-conduto para a

prática profissional até a aposentadoria, mas que hoje isso mudou. Atualmente o conhecimento precisa ser constantemente renovado e mesmo as profissões necessitam se adaptar, pois caso contrário todo o esforço para ganhar a vida será inútil.

Procurando costurar essas leituras de contexto com minha trajetória, lembro que fui contratado para trabalhar no CAPS Santo Afonso como psicólogo em 2010. No ano seguinte, mesmo sendo ainda um sujeito no início do exercício profissional, eu já era um dos mais antigos no serviço e tutor da residência. Buscando mais recursos para o exercício profissional em geral e também para o papel de tutor, realizei o curso de especialização Educação em Saúde Mental Coletiva, entre abril de 2011 e março de 2012. Agora estou concluindo outro curso de especialização, Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, iniciado em 2012, e enquanto acompanho a mais nova turma de residentes, penso quais serão meus próximos passos na busca por atualização profissional.

3. A NOVA CARTA CONSTITUCIONAL E O SUS

A partir da década de 1980, com o término do regime ditatorial, aconteceu uma pluralização dos movimentos sociais, abrangendo várias temáticas. Esta participação social é entendida como exercício da capacidade organizativa da população com a finalidade de, em defesa de seus interesses, controlar as atividades públicas com presença ativa na arena política (COTA et al, 2010). A nova Carta Constitucional (BRASIL, 1988) trouxe vários dispositivos visando a garantia dos direitos sociais. Uma das consequências dessas transformações foi a criação do Sistema Único de Saúde, instituído pelas Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990, alicerçado em princípios de acesso universal, gratuito e público aos serviços de saúde, com garantia da integralidade, ou seja, cuidar do indivíduo como um todo; da equidade, o compromisso de atender a cada um, igualmente, respeitando as singularidades dos sujeitos; da descentralização dos recursos de saúde, buscando um atendimento de qualidade o mais próximo possível da localização daqueles que necessitem dele, e de acordo com as necessidades desses sujeitos.

Os CAPS são um desdobramento desta política e se configuram como locais de referência e atendimento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade justifique sua permanência em um dispositivo de cuidado comunitário, personalizado e promotor de vida. A missão do CAPS (BRASIL, 2004) é oferecer auxílio à população de seu território de abrangência, com acompanhamento clínico e atividades destinadas à reinserção social via acesso a trabalho e a direitos civis, destacando que estes dispositivos foram implantados como substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Conforme Cota et al. (2010), desde aquele momento histórico os Conselhos de Saúde – de caráter permanente e deliberativo - vêm sendo instituídos nos municípios com a finalidade de se tornarem canais efetivos de participação da sociedade na gestão pública, ou seja, exercerem o controle social; são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Paim (2009) lembra que o SUS é fruto da Reforma Sanitária e que ainda não foi totalmente implantado. O autor relata que antes da criação do SUS somente quem tinha acesso à assistência médica - que não é sinônimo de direito à saúde - eram os trabalhadores urbanos com vínculo formal com o mercado de trabalho. Para quem não se enquadrasse nessa categoria, esclarece, a única maneira de ter acessos a serviços de saúde seria alguma emergência ou serviço filantrópico.

Porém, para a efetividade do SUS, um aspecto importante diz respeito à formação dos trabalhadores do sistema. Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que uma política de educação enfrentará resistências, dificuldades de aceitação e de compreensão pelo Estado instituído, pela maneira como se dão as atuais práticas políticas público-administrativas. Vários autores analisam o papel da educação permanente na área da saúde e discutem as condições para sua implementação. Em relação a este aspecto, Carotta et al (2009) relatam a história do município de Embu onde a proposta de formação se dava através de atualizações para os profissionais de saúde, respeitando o conhecimento desses profissionais e ampliando as possibilidades de aprendizagem nos próprios locais de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, de acordo com os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, inscreve-se também em uma construção de processos e relações que vão do interior das equipes em atuação conjunta, às práticas organizacionais, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECCIM

2005). Para o autor, a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar; pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos e pode, ainda, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, e que deve estar contemplado na proposta da Residência Multiprofissional.

Com relação à situação do trabalhador em saúde, Sancho et al (2011) referem que pouca atenção tem sido dispensada à fixação deste nos seus postos de trabalho e que a rotatividade, na literatura, tem sido explicada tanto como consequência de fenômenos externos à organização - mercado -, como quanto a fatores internos - *“política salarial, política de benefícios, as oportunidades de crescimento profissional, as condições físicas ambientais de trabalho, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal e o grau de flexibilidade das políticas da organização”*, entre outros. Os autores afirmam que a rotatividade - fluxo de entrada e saída de trabalhadores - na força de trabalho tem sido apontada como um dos principais problemas para a implementação de um modelo integral de atenção à Saúde como o determinado pelo SUS. Este e outros aspectos marcaram o CAPS Santo Afonso durante o período em que estou naquele serviço.

4. O TERRITÓRIO SANTO AFONSO

O leitor desta parte do texto deve estar se perguntando por que falar de território em um trabalho que trata da identidade de tutor em um programa de residência multiprofissional. Afora território ser um conceito que pauta a organização da rede de saúde, este conceito está extemamente imbricado com outros como vínculo, responsabilização, conhecer as necessidades sociais e entender como uma determinada comunidade se organiza e quê rede de saúde é disponibilizada aos usuários. Então para

construir a identidade de tutor, que é alguém que vai auxiliar/acompanhar o percurso dos residentes em um determinado território, me parece, é necessário alguma vivência nesta localização geográfica. Porém, de acordo com Pagani e Andrade (2012) pensar território, em casos como este, vai além dos aspectos geográficos pois envolve práticas sociais, políticas, e ali surgem permanentemente novas informações e transformações; o território é algo vivo, em constante movimento, relatam. Diante disso, penso, este sujeito tutor de residentes em um território deve ser também alguém em constante movimento em relação ao que supostamente sabe a respeito deste lugar.

Eu, apesar de ter nascido em Novo Hamburgo não conhecia pessoalmente muito da realidade do bairro Santo Afonso. Meu pai tem um amigo que mora ali e além disso, certos trajetos do bairro, às vezes, faziam parte do caminho que me levava a São Leopoldo, desde a época do serviço militar e depois rumo à universidade. Mas pelo jornal lia várias notícias sobre o local, na grande maioria com uma conotação negativa, falando da violência. Procurando conhecer um pouco mais sobre a história local encontrei em Schütz (2001) que o bairro Santo Afonso foi criado em 1949 quando Aloysio Hoffmann Schmidt e Emília Jaeger Schmidt fizeram um loteamento de terras de sua propriedade e deram-lhe o nome de Santo Afonso em homenagem a seu irmão, um padre de nome Afonso. Nas décadas seguintes, migrações intensas de habitantes de outras regiões – de dentro e de fora do Estado - causaram ali um aumento populacional de 137% em apenas 15 anos, entre 1980 e 1995. Os resultados desta ocupação desordenada, avalio, que se fazem sentir de maneira constrangedora. Por exemplo, áreas densamente povoadas ainda aparecem em certos mapas da cidade como desabitadas e os sinais de pobreza e violência em certas partes do território são bastante significativos.

Em 2011, conversei com um morador antigo do bairro – hoje falecido – e ele me dizia como acompanhava as mudanças de cenário naquela região da cidade ao longo do tempo. Vivia na mesma casa desde 1972, mas conhecia o bairro desde 1965, quando havia morado com um tio, no bairro vizinho, o Liberdade. “Era tudo chão batido”, dizia, lembrando também que aquele ano [1965] ocorreu uma grande inundação causada pela chuva e que a água havia chegado até onde se localiza uma escola chamada Caldas Júnior. Naquela época as inundações se sucediam, recordava. Entre vários episódios lembrava que no final dos anos 60 residia na rua Valparaíso e teve que se deslocar dali, de barco, até o bairro Scharlau, em São Leopoldo, para socorrer um primo que também estava cercado pelas águas. Porém, se por um lado havia estes inconvenientes,

a vida tinha aspectos bem interessantes: as pescarias nos barreiros - escavações feitas pelas olarias e que se enchiam de água quando o rio transbordava - da rua Buenos Aires, as capivaras no entorno do arroio Luiz Rau, as caçadas às perdizes. Regiões hoje amplamente povoadas eram campos onde pastava o gado do matadouro Ouro Branco situado onde atualmente está o Maxi Atacado, um mercado na rua Primeiro de Março.

No aspecto da segurança o morador também destacava que tudo era muito diferente. Naquela época, de população bem mais reduzida, os moradores podiam ir às compras, de bicicleta, deixá-la na rua, do lado de fora do estabelecimento comercial, até esquecê-la e voltar no outro dia que ela estaria lá, afirmava. “Podia-se até dormir com a porta aberta”. Com a construção do dique nos anos 80, as águas do Rio dos Sinos ficaram contidas mas junto com isso alguns locais de pescaria, nos arredores, por exemplo, foram eliminados mudando uma certa configuração local, da maneira de viver. Com relação à Saúde no bairro, ainda aguardava pelas promessas de políticos que assinalaram com a possibilidade de serviços com atendimento 24 horas. Ele também reclamava da rotatividade de funcionários no serviço de saúde, o que prejudicava a formação de vínculo com os usuários. Já outra moradora local, na faixa dos 50 anos de idade e que também residia no bairro desde muito jovem comentou que a situação de violência havia crescido muito nos últimos anos, depois deste crescimento populacional. Muitas das áreas agora ocupadas irregularmente eram regiões até onde o rio avançava na época das cheias. Depois da construção do dique, espaços antes alagadiços foram sendo ocupados desordenadamente. A mesma moradora apontava que quando criança costumava brincar na rua até tarde da noite juntamente com os companheiros. Revelava, porém, que mais recentemente, ao anoitecer não saía mais de dentro de casa.

Conversando com os profissionais de saúde também foi possível obter mais informações sobre o bairro. Uma psicóloga de um dos serviços de saúde do território relatou que até pouco tempo atrás, quando saía para visitas domiciliares, levada por um motorista da Prefeitura, conhecedor da região, se sentia como que em um labirinto. As ruas não estavam nos mapas, uma mesma rua tinha até três nomes diferentes. Porém o que chamava mais a atenção era a maneira como a população do local nomeava as vias públicas: Harmonia, Beco da Vitória, Beco do Trabalhador, por exemplo. Ela dizia que enxergava essas nomeações como uma tentativa de criar identidade. Os moradores eram pessoas que tinham vindo do interior em busca de trabalho, de melhores condições de vida e não haviam sido acolhidos pela cidade, tendo que conviver com a pobreza e os

sistemas de violência que se instalavam no território. Para facilitar a circulação pelas redondezas, esta trabalhadora da Saúde decidiu olhar a área de cima. Foi para a internet e usando o sistema do google conseguiu ir identificando e inscrevendo o emaranhado de caminhos abertos por aqueles que se instalaram no território. Utilizando as imagens que apanhava na internet, conseguiu atualizar mapas oficiais do município, colando sobre eles os recortes que apanhava na rede mundial de computadores. Os resultados deste trabalho - mapas atualizados - foram sendo usados no dia-a-dia dos trabalhadores da região, cedidos para as escolas e compartilhados também com motoristas novatos da Prefeitura, que faziam o transporte dos trabalhadores da Saúde e Assistência pela região. Porém, a área de abrangência do CAPS não se restringe ao bairro Santo Afonso. Ainda fazem parte do território os seguintes bairros do município: Ideal, Liberdade, Industrial e Lomba Grande.

Por outro lado, observando e pensando esta realidade – o que se pode notar como a estigmatização de certos moradores de Santo Afonso - não pude deixar de compará-la com o cenário descrito por Pesavento (1999) quando esta autora se referia a alguns aspectos de Porto Alegre na virada do século XIX para o XX. A cidade, segundo a autora, teve seu início na segunda metade do século XVIII, a partir de um modesto burgo açoriano, sendo tornada capital (1773) antes mesmo de ser elevada à categoria de cidade. Um pouco adiante, em 1778, foram erguidas fortificações para proteção contra as invasões castelhanas. Pesavento (1999) relata que as muralhas defensivas eram na verdade cercas de madeira circundadas por um fosso ou valo e que essas construções, mesmo depois de demolidas em 1845, ainda permaneciam no imaginário popular como um limite simbólico delimitando a verdadeira cidade - o Centro – dos arrabaldes e posteriormente dos bairros. A historiadora descreve a cidade como tendo um crescimento significativo durante o século XIX, passando de uma população de 3.923 habitantes em 1803 para atingir 42.115 em 1888 e chegando, no ano de 1900, a 73.274 moradores.

Isso teria ocorrido não somente devido à sua condição política e administrativa como capital mas também ao desenvolvimento do porto, à chegada de imigrantes alemães e italianos e ainda por ter-se tornado o maior centro receptor de negros libertos. Então, baseada em um programa de governo que tinha no positivismo de Augusto Comte sua matriz inspiradora, Porto Alegre, analisa Pesavento (1999), queria se tornar burguesa, bela, moderna, higiênica, ordenada... e branca. Neste sentido, os

espaços estigmatizados da urbe poderiam ter "cor" precisa, e o vocabulário que designava a cidade indesejada também poderia estabelecer uma associação racial/étnica com avaliações de natureza social, econômica e moral. De acordo com a autora, nesta Porto Alegre, os lugares malditos estavam situados em duas instâncias: os lugares de enclave, lado a lado com a “cidade da ordem” e “os lugares de exclusão”, um cinturão pobre ao redor da “cidade verdadeira.” A autora segue relatando que nos lugares do enclave existiam palavras específicas para designar as ruas e as habitações dos pobres e, particularmente dos negros, que ocupavam as zonas mais ‘nobres’ do centro da cidade numa convivência indesejável com as ruas da elite. Estas ruas, condenadas, eram chamadas becos.

Pesavento (1999) explica ainda que na acepção usual beco é uma rua estreita e curta, e geralmente fechada em um extremo. Porém dá a entender que no caso em estudo, a designação evocaria o significado de lugar difícil e causador de problemas a quem neles se aventurasse; um espaço da contra-ordem. Para a modernização do espaço urbano, sua destruição se impunha, pois com essas medidas se eliminariam as socialidades indesejadas. Esses ‘becos’ seriam alvo de um discurso ao mesmo tempo técnico, higienista, estético e moralista que se destinava a afastar os pobres do centro da cidade. Concluí minha graduação em Psicologia em um cenário – Santo Afonso - de desigualdades sociais semelhante a este citado por Pesavento e posteriormente me tornei profissional de saúde nesta região da cidade. É a respeito dessas experiências e das marcas que elas deixaram que pretendo tratar na parte seguinte deste trabalho.

5. INGRESSO E EXPERIÊNCIAS NO CENÁRIO DE SANTO AFONSO

Quando iniciei meu estágio profissional de Psicologia em 2006 - na Unidade Básica de Saúde do bairro Santo Afonso - ainda não existia Centro de Atenção Psicossocial no território. A equipe era composta pelo supervisor, que era psicólogo, por nós, estagiários de psicologia e pelos psiquiatras que se revezavam durante a semana. Com alguns dos demais funcionários da UBS certas parcerias eram possíveis para atender aos “nossos” usuários, os da saúde mental. Parecia, para algumas pessoas da Unidade Básica, que saúde mental não era caso de Atenção Básica inclusive. Nosso supervisor coordenava uma reunião semanal – para discussões de casos - conosco e

com os “disponíveis” do restante da equipe. Aí uma primeira lição: o jogo de cintura para fazer o trabalho andar, as articulações possíveis, os tensionamentos na medida do viável.

Fora isso tínhamos também supervisão individual uma vez por semana, realizávamos atendimentos individuais e atividades como um Grupo de Convivência e visitávamos usuários e suas famílias. Percebemos, durante este período alguma resistência à presença deste público e mesmo da presença da equipe de saúde mental naquelas instalações. No caso da percepção desta dificuldade, lidar com certas categorias da diferença, recordamos da uma reflexão de Cavani-Jorge (2001) quando ela elabora a reflexão de que no caso humano excluir significa não estar apto às contradições do próprio ser, à sociabilidade democrática, defendendo-se do terror inspirado pela diferença e que assim, no lugar de um esperado mesmo o rejeitador encontra Outro, incontrolável, imprevisível, “demoníaco” e rejeita isso no outro assim como o faz em si próprio.

Porém, os integrantes do Centro de Convivência já vinham, havia algum tempo, conquistando espaço dentro da UBS: tomavam chimarrão, comiam pipoca, comentavam as novidades, interagiam, discutiam seus problemas, organizavam passeios. Um desses passeios foi a ida até ao então Centro Universitário da cidade. Lá os integrantes do grupo conheceram os diversos serviços oferecidos por aquela entidade. No estúdio da televisão duas das integrantes do grupo foram convidadas a sentar na bancada de onde era apresentado um programa. Ali foram filmadas e viram suas imagens aparecerem em um monitor. Então, na semana seguinte, durante o novo encontro do grupo na UBS, uma dessas usuárias começou a falar que desejava fazer um filme sobre a história de vida de sua mãe, de contar como esta havia passado por muitas dificuldades para criar os filhos. Porém não foi em um primeiro momento que nós conseguimos dar a devida atenção ao que ela dizia. Ela reclamava que tínhamos que ir até o Centro Universitário novamente, conseguir um diretor para o filme que ela queria fazer.

Quando a história se espalhou virou até motivo de ironias. Algumas pessoas falavam em trazer Steven Spielberg, o diretor norte-americano, para realizar esta tarefa. Ela, uma mulher de cerca de quarenta anos, se recolhia, ficava cabisbaixa. Mas logo voltava a falar no assunto. Então comentamos que o filme teria que ser escrito antes de ser encenado. Isto porque ela já estava escolhendo entre os colegas e membros da equipe até o elenco para a produção. Então pensamos em produzir algo semelhante a um

documentário, em queoubessem algumas cenas de dramatização, por exemplo. Um colega da equipe trouxe uma câmera e gravou algumas breves tomadas com a usuária. Pouco depois, em uma atividade alusiva ao dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, estivemos novamente no Centro Universitário, com um grupo de usuários, participando de um programa de rádio. Ali ela novamente falou sobre o seu desejo e uma jornalista demonstrou interesse pelo projeto, ofereceu ajuda. Infelizmente por problemas em nossa articulação ainda não seria desta vez que conseguiríamos produzir o documentário, ideia que seria retomada algum tempo mais tarde.

Mas este episódio e nossa disposição em trabalhar com esta usuária para a realização de um desejo seu estava alicerçada na Reabilitação Psicossocial (PITTA, 2001), referência sugerida por meu supervisor local na época. Esta autora revela que a expressão representa um conjunto de meios que se desenvolvem com o objetivo de facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Este processo enfatizaria as partes mais sadias do indivíduo através de uma abordagem compreensiva e um suporte residencial, vocacional, recreativo, social, educacional, isto tudo articulado com as demandas singulares de cada indivíduo e situação, de modo personalizado. A partir desta compreensão, uma das estratégias integrantes da rede de serviço mental são os Centros de Convivência, espaços que se destinam a proporcionar sociabilidade às pessoas com transtornos mentais, através de convívio e trabalho das diferenças, na comunidade. Assim, pensando neste episódio com nossa usuária, lembramos também de Kinoshita (2001) quando ele fala de poder contratual. Este autor nos diz que no social as trocas são possibilitadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-requisito para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria a um sujeito o poder contratual.

Assim, Kinoshita (2001) aponta três dimensões que considera fundamentais: troca de mensagens, de bens e de afetos. Deste modo, no caso da pessoa classificada como doente mental, tendo-se enunciada sua negatividade, invalida-se este valor pressuposto, anula-se seu poder de contrato e que desta forma os bens dos loucos tornam-se suspeitos, os afetos desnaturados, as mensagens incompreensíveis, o que reduz ao praticamente impossível qualquer possibilidade de troca. Na verdade anula-se qualquer valor da pessoa que a assegure como sujeito social, diz o autor. As reflexões deste autor de certa forma também fazem lembrar de nossa usuária - a que desejava fazer um filme - quando ele apresenta o caso de um homem internado por causa de

transtornos mentais e cujo tratamento não vinha proporcionando resultados satisfatórios.

O autor relatava que as ideias deste paciente, os problemas que ele apresentava não eram levados a sério, nem suas ambições. Decidiu-se, então, por uma revisão total do caso, procurando recuperar o sentido de suas demandas, pesquisando o seu habitat, a sua história, os sonhos, e que, a partir daí, se deveriam construir projetos que pudessem restabelecer seu poder contratual. A equipe faria as mediações necessárias para que tais ações pudessem ser efetivadas. Assim a terapia começou a trabalhar com esse enquadre e dentro de alguns meses a situação do paciente começou a mudar, a melhorar, e ele acabou sendo eleito como delegado para uma conferência municipal de saúde onde sua presença foi marcada pelo respeito que conseguiu conquistar.

6. PROJETOS EM EQUIPE

Durante o estágio, uma colega teve a idéia de criarmos um grupo para trabalhar questões ligadas ao luto após perceber o número expressivo de pessoas que chegavam ao serviço relatando sofrimento em função da morte de algum ente querido, muitas dessas mortes geradas por processos de violência no bairro. Fui parceiro neste projeto, que teve repercussão e algum seguimento por cerca de dois anos após o término de nosso estágio. Também participei da criação de um grupo de inclusão digital que funcionava aos sábados pela manhã, mas que teve uma duração curta pois o horário que conseguimos no laboratório de informática de uma escola era inviável para a maioria das pessoas. Também pensei no projeto de um jornal, que seria produzido pela equipe e pelos usuários, mas a ideia não saiu do papel. Nosso supervisor do local na época nos apontava a importância da inserção de estagiários nas equipes, pois além de seu processo de aprendizado esses ajudavam a “oxigenar” o serviço com novas idéias, com observações daqueles que ainda não estão habituados às rotinas e sentem e expressam estranhamentos com relação às situações encontradas e às práticas realizadas pelas equipes, gerando tensionamentos que se bem encaminhados auxiliam nas evoluções dos processos de trabalho.

Foi nesta época que ouvi falar dos alunos da Residência Integrada em Saúde Mental – até ali residência, para mim, estaria ligada apenas à prática médica -, que estariam para chegar aos serviços da cidade. Certos membros da equipe de Saúde Mental do Município falavam disso, me parecia, com alguma apreensão. Penso que entendi um pouco dessa “apreensão” quando as residentes chegaram e se espalharam pelo território. Era um grupo grande, animado, questionador, do tipo que desacomoda, movimenta. Outra lição: nem todos que estão nos serviços, adaptados, têm assim tanto apreço por “movimentação”. As residentes vinham da Escola de Saúde Pública, se bem me recordo, e nosso supervisor de estágio era também o responsável por aquelas que foram para nosso serviço e neste caso era chamado de tutor. Acompanhei algo dessas incursões das pós-graduandas na comunidade, recebi auxílio de uma delas em algumas situações de atendimento e percebi como se dava sua inserção em espaços do território. Algumas se surpreenderam pelo fato de que ali, a circulação de funcionários da Saúde, principalmente os menos conhecidos, por certas regiões do bairro, era comunicada a algumas lideranças comunitárias para que evitassem alguns “contratempos” e estranhamentos.

No final de 2006 já havia uma casa alugada para a instalação do CAPS Santo Afonso e a equipe para o atendimento no local estava sendo ampliada. Entraves burocráticos – e outros como o roubo da fiação elétrica da casa em um certo momento - atrasavam o processo. Mas decidimos ir ocupando a casa como fosse possível para irmos acostumando a população com aquele novo espaço. Não havia móveis. Como a casa ficava próxima à UBS, lembro de uma situação em que carreguei duas cadeiras até lá para realizar um atendimento. Em outro dia carregamos, eu, uma colega e os usuários, almofadas e pipocas e realizamos ali, com o Grupo de Convivência, o primeiro encontro. Os recursos para o novo espaço foram sendo oferecidos por alguns membros da comunidade e mesmo de fora dela. Recordo que nosso supervisor conseguiu um caminhão e atravessamos a cidade para buscarmos alguns móveis doados. Enquanto isso continuávamos atendendo ora na UBS, ora no CAPS. Uma estagiária fez algumas alritulações para conseguir também alguns móveis que estavam em um depósito da Prefeitura e com a liberação dos recursos oficiais a casa acabou de ser mobiliada e a inauguração oficial do espaço ocorreu em maio de 2007. Terminado o estágio, deixei o local na metade daquele ano e somente retornei ao serviço, como contratado, em fevereiro de 2010, quando meu antigo supervisor deixou o local.

Encontrei novamente a usuária que desejava fazer um filme e retomamos as conversações.

Recordo que em 2010 recebemos no CAPS Santo Afonso mais uma turma de residentes, estes do programa de formação da UFRGS. Acompanhei a inserção destes profissionais – um Educador Físico, um Pedagogo, uma Enfermeira, uma Terapeuta Ocupacional e um Psicólogo - na equipe de trabalho do CAPS, algo do processo de tutoria dos mesmos - realizada por um colega psicólogo - e também os tensionamentos que esta convivência provocava tanto dentro da equipe quanto em relação à gestão de saúde no município, pois eles, residentes, apontavam a criação da Fundação de Saúde Pública na cidade como parte de um processo de terceirização dos serviços de Saúde, na contramão dos encaminhamentos implantados pelo SUS. Esta foi uma época bastante tumultuada pois as equipes de saúde – trabalhadores vinculados aos serviços através de algum processo de contratação - estavam sendo substituídas por servidores chamados após aprovação no concurso promovido pela Fundação.

Então havia o descontentamento e apreensão dos trabalhadores dos locais, a revolta dos usuários vinculados a esses trabalhadores e os embates promovidos pelos residentes. Foi neste cenário, perto do final do ano, que eu comecei a me habituar à ideia de que – apesar de novato - seria dentro de pouco tempo um dos mais antigos do serviço e sério candidato a ser tutor da próxima turma de residentes, a de 2011. Enquanto isso, as atividades realizadas pelos residentes no serviço seguiam, consistindo em participar das reuniões de equipe, reuniões de rede no território, reuniões do Departamento de Saúde Mental, acompanhar processos de acolhimento a usuários, das tentativas de matriciamento junto à Atenção Básica e, dependendo do plano de ação, em alguns casos, realizar acompanhamentos terapêuticos.

Também estavam incluídos neste processo de aprendizado os atendimentos em grupo, atendimentos individuais, propostas de educação permanente, ações no território junto à comunidade, reuniões de preceptoria, em grupo ou individuais, regulares ou inopinadas e participar das tutorias na universidade, por exemplo. Estes residentes de 2010, também compraram a ideia de produzir o documentário desejado por nossa usuária. A obra se chamou *Quatro Reais*, nome escolhido por ela própria. O lançamento ocorreu no dia do aniversário da mesma, no Centro de Cultura do município e ela estava exultante. Por ocasião deste evento participamos de entrevistas para TVs

universitárias e saímos em matéria do jornal da cidade. Após a realização deste documentário, a usuária foi gradualmente se afastando das rotinas do serviço, investindo em outro projeto de que falava havia algum tempo: trabalhar. Até onde sei esteve em um emprego, mas não permaneceu e no ano de 2012 estava em um processo preparatório para o mercado de trabalho.

Neste cenário, eu tinha a impressão de que éramos, no CAPS Santo Afonso, uma equipe acolhedora com os residentes. Esta crença ficou abalada justamente em 2010 ao escutar o retorno de alguns deles que relatavam as dificuldades de inserção na equipe e em serem escutados. Parece que foi um processo relativamente longo até que eles pudessem circular com mais tranquilidade dentro da equipe, sentindo-se parte dela. Buscando analisar esta relação, pensei em certos aspectos do relato de Cavani-Jorge (2001), quando ela falava de suas experiências ao visitar a Itália. Esta autora aponta que aquele país chegou a possuir grandes manicômios usados como “deposição medieval de excluídos”. Porém, de acordo com ela, ocorreu ali uma das maiores revoluções - que ainda não havia terminado, em suas marchas e contra-marchas - com relação à saúde mental.

Ela visitou aquele país entre 1991 e 1992 e 1995 e 1996 e viu naqueles períodos, trinta anos depois dessas propostas inovadoras do psiquiatra Franco Basaglia, que a sociedade ainda não havia se responsabilizado pelo louco. Os hospitais psiquiátricos ou haviam sido fechados ou também se haviam desresponsabilizado, sendo o atendimento substitutivo ou insuficiente ou ineficiente. Na época eram muitos os loucos a perambular, passando necessidades, alguns achados mortos (frio, fome, abandono), pouquíssimos seguindo qualquer tratamento continuamente. Além disso, o psiquiatra continuava como o responsável pelo paciente, psicanalistas e psicólogos haviam sido afastados e a ressocialização estava sendo entendida sob o ponto de vista do behaviorismo. Prosseguindo com sua análise, a autora afirmava que naquele caso os agentes de saúde eram jovens sem formação universitária ou outras qualificações para o mercado de trabalho, mas com máxima necessidade de ganhar a vida e com sensibilidade com a questão dos excluídos, em geral por identificação com outras categorias de desamparados como os desempregados ou os dependentes químicos, e bastante tolerantes e com disposição para serem acompanhantes dos loucos.

Porém estes jovens apresentavam um alto grau de insatisfação, especialmente os mais inteligentes, relatava a autora, tinham quase nenhuma supervisão psicológica e atuavam em residências alternativas à moradia familiar, que existiam em número insuficiente – mas muito superiores ao do padrão brasileiro - e nos *Day hospital* públicos, de pequeno número e em geral restritos aos modelares, tipo clinica-escola de universidades. Assim, lembrando Basaglia, citado por Cavani-Jorge (2001), Amarante (2006) revela que sempre que algum aluno lhe pergunta o que deve ler para começar a compreender a questão da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica ele indica, sem pestanejar, *O Alienista*, de Machado de Assis. Neste conto, Machado antecipa críticas ao paradigma psiquiátrico que anos mais tarde seriam aprofundados por autores como Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffmann, Ronald Laing, David Cooper e outros. Amarante prossegue revelando que, no Brasil, 1978 foi marcante, pois neste ano esteve no país Franco Basaglia, psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e esteve à frente de destacadas experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste.

Amarante (2006) diz que Basaglia criou entre os italianos uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental, cuidar delas, e também variados dispositivos de caráter cultural e social, inclusive cooperativas de trabalho, ateliers de arte, centros de cultura e lazer, residências assistidas, oficinas de geração de renda, entre outros dispositivos. No Brasil, Amarante relata que uma das principais repercussões da ligação com Basaglia ocorreu em 1989, em Santos. Depois de uma série de mortes em uma clínica particular conveniada ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, a prefeitura resolveu intervir e criou um trabalho semelhante ao de Basaglia. Aí foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana, oficinas de geração de renda, cooperativas de trabalho, projetos culturais e de reinserção social.

7. CENÁRIOS DE FORMAÇÃO DOS RESIDENTES

Realizada esta contextualização e recordando o cenário repleto de dificuldades apontado por Cavani-Jorge (2001) sobre certo momento da experiência italiana, podemos nos perguntar e por aqui, qual o panorama encontrado pelos residentes quando

se apresentam para a inserção nos serviços de saúde. Além de ter que se inscrever gradativamente neste enredo, buscando o entendimento sobre o funcionamento do território, das particularidades da política da gestão, talvez este residente encontre, no serviço, um funcionário experiente mas que teve poucas oportunidades de educação permanente e portanto de atualizações em seu fazer, e disposto ou não a novas experiências; pode encontrar sujeitos como aqueles jovens italianos citados pela autora, sem uma formação suficiente para a tarefa, com identificação com as necessidades dos usuários, ou não, mas acima de tudo movidos pela necessidade de ter um emprego e daí retirar o sustento para si e seus familiares. Eles podem encontrar também estudantes ou jovens no início do exercício profissional, comprometidos com o trabalho, com o que preconiza o SUS, mas com pouca experiência e também profissionais capacitados, acolhedores, com disposição para facilitar o processo de aprendizagem dos pós-graduandos. E, é claro, um tutor que, dependendo do caso, pode se configurar como um mosaico de quase todas as categorias apresentadas acima. Além disso, como agrupamento humano, tem-se que lidar com as situações que surgem no dia a dia, tensões geradas por questões gerais de hierarquia, ciúmes, invejas, ressentimentos, intrigas, formas de violência explícita ou velada e por disputas de espaço e prestígio entre categorias profissionais.

Para que o residente se insira de maneira adequada nestes cenários, é necessária a mediação dos profissionais do serviço, sendo que o que tem o lugar mais destacado nesta tarefa é o tutor. O que também pode facilitar ou dificultar a inserção do residente são suas características pessoais. Em geral, eles são questionadores, combativos, e isso gera tensionamentos com as equipes, como pude perceber. Porém, esses aspectos da dinâmica não chegam, no meu modo de ver, a prejudicar uma inserção suficientemente boa do residente. O que dificulta o trânsito destes, pude avaliar, é a percepção da equipe, equivocada ou não, de que eles chegam como interventores, sujeitos que vieram “trazer a luz às almas perdidas”, por exemplo, que são pouco sensíveis às limitações pessoais e técnicas dos membros da equipe, que têm dificuldades em manter compromissos assumidos, em lidar com certas particularidades dos usuários, em fazer parcerias e cumprir horários. Mas, por vezes, diluídas essas dificuldades eles podem ser considerados membros da equipe.

Dentro do que me é possível procuro fazer mediações quando se estabelecem impasses, criar espaços para a circulação do residente. Algumas vezes penso que sou

bem sucedido, em outras tantas vezes não. Inclusive uma residente utilizou uma imagem interessante para se referir à tutoria: disse que o tutor tinha que servir como âncora. A partir disso pensei nos tempos líquidos nomeados por Bauman e na residência como uma travessia, navegação. A âncora não está sempre em evidência, mas tem um papel fundamental na “embarcação”, tem que aparecer nos momentos de maior necessidade. E no sentido figurado âncora pode ser entendida como esteio, apoio, proteção frente às instabilidades.

.A construção, a manutenção e a circulação em uma Residência me fazem lembrar uma canção de Vinícius de Moraes apresentada no disco intitulado *A Arca de Noé*, de 1980. Alves (2008) analisa a letra desta canção, *A casa*, onde o compositor carioca relata que esta era uma casa muito engraçada, não tinha teto, não tinha nada, ninguém podia entrar nela [na casa], não, porque a casa não tinha chão. Ora, diz o analista, o chão é a base de tudo e logo abaixo dele estão as fundações, sempre escondidas, mas fundamentais para uma obra que se pretenda manter de pé. Assim, as “fundações” da Residência, também, apesar de não se mostrarem sempre visíveis aos olhares menos atentos estão ali, no cotidiano, sustentando o trabalho, sendo revistas, reforçadas, redescobertas. A letra é finalizada dizendo que “A Casa” era feita com muito esmero, na rua dos bobos, número zero. Então, a princípio, o que poderia sugerir precariedade para um leitor comum é desmentido quando os versos falam do esmero, algo que propicia a satisfação e melhora a autoestima de quem usufrui de uma obra “arquitetônica”, observa o autor. Já a palavra bobos, avalia, não se referia a tolos mas àqueles que transitam [também] fora dos limites da racionalidade, como as crianças, os poetas e ainda os arquitetos, complementa.

Nos cenários de prática não é, penso, recomendável, que um único profissional seja o encarregado por mediar essas questões que podem envolver a residência dentro da equipe de trabalho. Mas é necessário alguém que sirva de referência para o residente e que também faça as articulações com a universidade e este profissional na situação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva que tem como um dos cenários de prática o CAPS Santo Afonso tem a denominação de tutor. Porém, poderíamos perguntar: quem é afinal este sujeito? Botti e Rego (2008), apontam que a preocupação com a formação daqueles que irão cuidar da saúde da população sempre foi uma constante na história da humanidade, que desde as épocas mais remotas, nas tribos, os

pajés eram cuidadosamente selecionados e treinados. Assim, os discípulos aprendiam essas habilidades com seus mestres.

Os autores contextualizam essas informações falando da educação médica e apontam que nesta categoria profissional os profissionais mais experientes e que se ocupam da formação recebem várias denominações entre as quais preceptor, supervisor, tutor e mentor. Estes autores relatam que a Comissão Nacional de Residência Médica refere-se à função como sendo preceptoria e tutoria, assumindo uma equivalência entre os dois termos. Embora tratem, no artigo, especificamente do caso da residência médica, ressaltam que esta reflexão se aplica também às residências das demais profissões, inclusive as multiprofissionais. Então, resumindo, após análises sobre conceituações em vários contextos, os autores apontam que preceptor seria o profissional que se dedica a ensinar a clínica por meio de instruções formais, com objetivos e metas, auxiliando a integrar conceitos e valores da escola e do trabalho. Atuaria em situações reais, no próprio ambiente de trabalho.

Já o supervisor teria a função de observar o exercício de determinada atividade e buscar que o profissional tenha segurança de que exerce bem sua função. O supervisor atuaria também no ambiente de trabalho. O tutor atuaria no ambiente escolar, guiando e facilitando o processo de ensino-aprendizagem, se dedicando à revisão da prática profissional; o mentor fora do ambiente imediato da prática profissional tendo a função de orientar sobre a realização de objetivos profissionais, desenvolvimento interpessoal, psicossocial.

Em 2005, quando foram fixadas normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho através da Portaria Nº 1.111/GM de 5 de julho daquele ano, o tutor foi definido como aquele que pertence à equipe local de assistência e deve estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens (BRASIL, 2005). Esta denominação foi adotada no programa em que atuo. Entretanto, durante parte da escrita deste trabalho fiquei em dúvida para designar minha prática junto aos residentes, ora pensando em tutor, ora preceptor. Porém, de acordo com Botti e Rego (2008) neste caso a denominação seria preceptor. Porém, na verdade me parece que embora as diferenças apontadas entre as denominações, muitas das funções realizadas por esses profissionais, na prática, se atravessam. Já quanto ao

chamado mentor, uma diferença ressaltada pelos autores é que este não tem como função avaliar o residente.

Recentemente, a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 da CNRMS, define tutor como “o profissional com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Sua função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes”. Nesta mesma resolução “preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa” (BRASIL, 2012). Mais um nó na construção desta identidade, então, pois pelas descrições desta resolução eu me enquadraria na denominação de preceptor.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, acredito que o tutor/preceptor e o serviço, para além de oferecerem suporte, devam apostar nos residentes, em sua capacidade de encontrar caminhos, brechas em meio às dificuldades e oferecerem sua parcela de contribuição para o andamento do trabalho, junto às equipes, aos usuários e nas intervenções possíveis no território. Como mencionei no início deste relato, lembro que a primeira vez que escutei a palavra tutor foi em um desenho animado lá dos anos 70, chamado *Os Apuros de Penélope*. A heroína vivia aventuras em várias partes do mundo, sempre escapando de armadilhas elaboradas, sim, por seu tutor – na verdade um sujeito com duas caras, ou duas identidades. E Penélope se esquivava de tudo, às vezes auxiliada por outros personagens, em outras ocasiões escapava com os próprios recursos. Ou seja: ela sobrevivia apesar de um tutor inadequado. Tomando como exemplo a personagem, penso que seja importante apostar na capacidade criativa do residente quando este se confronta com situações desafiadoras.

Assim, acredito que o tutor e a equipe de cenário de prática [com a devida retaguarda da Universidade] tenham como tarefa proporcionar chão, limites, “suprimentos”, mas também aberturas para que o residente, nesta casa, consiga realizar

sua tarefa. Isso, sem dúvida, não é uma empreitada simples; é necessário que esses acolhedores sejam me parece, uma mistura de cientistas, arquitetos, artistas. Penso que para cumprir razoavelmente a tarefa de tutor, de profissional de saúde, de cidadão, em um mundo em que a instabilidade é rotineira, os vínculos são frágeis e uma das normas parece ser evitar a todo custo compromissos e obrigações, a não ser consigo mesmo, é interessante recorrer às reflexões de Bauman (2008) quando ele invoca a sabedoria ancestral para sugerir que sem trabalho duro a vida não pode oferecer nada que a torne valiosa.

Ao longo deste texto foram feitas analogias entre a Residência e uma “casa”, também referências à curiosa moradia descrita por Vinícius de Moraes, A Casa, que era muito engraçada, mas que em nossa interpretação não seria necessariamente risível ou apenas precária, , mas cheia de “graça”, no sentido de possuir um encanto ou atrativo peculiar. Penso que nesta Residência o tutor deva funcionar como síndico, zelador, arquiteto, artista, a fim de que seus moradores provisórios possam sentir segurança, encontrar desafios estimulantes, certo conforto e se neste período sentirem-se, por alguma intercorrência, em qualquer momento, “fora da casa”, possam tê-la como referência e retornar, sendo bem acolhidos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. M.. A casa de Vinícius: arquitetura na música? Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/search>. Acesso em 12 de março de 2013.
- AMARANTE, P.. *Rumo ao fim dos manicômios*. Viver Mente & Cérebro. Edição n. 164. Setembro/2006, p. 31.
- BAUMAN, Z. A arte da vida. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.
- BAUMAN, Z.. Vida Líquida. Rio de Janeiro, Zahar, 2009.
- BOTTI, S.H. O; REGO, S. *Preceptor, supervisor, tutor, mentor: quais são seus papéis?* *Rev.Bras.Educ.Med.* [online]. 2008, v. 32, n.3, p. 363-373
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília – DF, 2004. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_SUS.pdf. Acesso em 12 de abril de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário oficial da União, Brasília, 7 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=07/07/2005&jornal=1&pagina=47&totalArquivos=80>. Acesso em 28 de abril de 2013.
- _____. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/04/2012&jornal=1&pagina=24&totalArquivos=168>. Acesso em 28 de abril de 2013
- CAVANI-JORGE, A. L.. *Um Remédio Contra a Exclusão: Maldita Follia? Uma Revisão*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. v.17, n.3 Brasília setembro. 2001.
- CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. *Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos*. Saúde Soc. v.18, supl.1, São Paulo, jan./mar. 2009.
- CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C. *O quadrilátero para a formação da área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis. v.14, n.1, Rio de Janeiro, jan./jun.2004.
- CECCIM, R.B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, Botucatu, set./fev. 2005

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F.C.; GOMES, K.O.; JUNQUEIRA, T.S.. *Controle Social no Sistema Único de Saúde: subsídios para a construção de competências dos conselheiros de saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. V.20 no. 3 Rio de Janeiro 2010.

HALL, S.. A identidade cultural da pós-modernidade. Rio de Janeiro, DP&A, 2011.

KINOSHITA, R. T.. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In:

PITTA, A. (ORG.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo. Hucitec, 2001.

PAIM, J. “O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político”. In: MONTARDO, S. P.. “Já não se considera mais o ambiente off-line como separado do ambiente on-line” Revista do Instituto Humanitas. Unisinos. São Leopoldo. 20 de abril de 2009.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. *Preceptoria de Território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo de caso de Sobral, CE*. Saúde soc. v. 21 supl.1. São Paulo, maio, 2012.

PESAVENTO, S. J.. Lugares Malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). Revista Brasileira de História. V.19, n.37, São Paulo, setembro, 1999.

PITTA, A. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo. Hucitec, 2001. p.19-26.

ROSSONI, E. Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos. 2010, 220p. Tese (doutorado em educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANCHO, L. G.; CARMO, J. M.; SANCHO, R. G.; BAHIA, L. *Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso*. Trab. Educ. saúde (online) v.9, n.3. Rio de Janeiro. Nov. 2011.

SCHÜTZ, L. M. M. Os Bairros de Novo Hamburgo./Liene M Martins Schütz – Novo Hamburgo: L.M..M Schütz, impresso na Gráfica Sinodal, 2001.